

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 8



Trabalho de Conclusão de Curso

Melhoria da atenção à saúde do idoso na Estratégia de Saúde da Família II
Imigrante, Estrela/RS

Omar Iribar Salomon

Pelotas, 2015

Omar Iribar Salomon

**Melhoria da atenção à saúde do idoso na Estratégia de Saúde da Família II
Imigrantes, Estrela/RS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família EaD da Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Universidade Aberta do SUS, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Ana Paula Belini

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

S174m Salomon, Omar Iribar

Melhoria da Atenção à Saúde do Idoso na Estratégia de Saúde da Família II Imigrantes, Estrela/RS / Omar Iribar Salomon; Ana Paula Belini, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

86 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Saúde do Idoso
4.Assistência domiciliar 5.Saúde Bucal I. Belini, Ana Paula, orient. II.
Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Agradecimentos

A equipe de saúde do ESF Imigrantes pelo o esforço e empenho dedicado na realização da intervenção.

A minha orientadora Ana Paula Belini por sua imensa ajuda e apoio incondicional.

A comunidade do bairro Imigrante, por sua colaboração na realização da intervenção.

A todas aquelas pessoas que contribuíram na realização da Intervenção.

Resumo

IRIBAR SALOMON, Omar. **Melhoria da atenção à saúde do idoso na Estratégia de Saúde da Família II Imigrantes, Estrela/RS**. 2015. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

Realizou-se uma intervenção na ESF Imigrantes do município de Estrela/RS com o objetivo de qualificar a atenção à saúde do idoso em razão da alta morbidade por doenças crônicas não transmissíveis. Atualmente a Unidade possui cerca de 445 idosos na área de abrangência. Para guiar o cuidado foi adotado o protocolo do Ministério da Saúde Atenção a saúde Idosa Envelhecimento, Brasil, 2006. Para a coleta de dados foram utilizadas ficha espelho específica, bem como planilhas eletrônicas. A intervenção teve a duração de três meses com início em 02 de fevereiro e término em 05 de junho de 2015. Para que fosse possível o alcance dos objetivos foram desenvolvidas ações nos quatro eixos pedagógicos, sendo eles, monitoramento e avaliação, organização e gestão, engajamento público e qualificação da prática clínica. Desta forma foi possível obter os seguintes resultados ao longo desta intervenção. No eixo monitoramento e avaliação foi possível monitorar a situação de saúde de 181 idosos cadastrados, cerca de 41%, bem como avaliar o risco em 100% deles. Na organização e gestão do serviço, pode-se melhorar a qualidade dos registros, para isto foi adotado uma ficha específica para cadastramento e acompanhamento dos idosos, foi possível realizar exame clínico apropriado, realizada avaliação multidimensional rápida, prescrição de medicamentos da farmácia popular, avaliação da necessidade de atendimento odontológico, registro na ficha espelho, avaliação de risco para morbimortalidade, para fragilização na velhice e que receberam orientações nutricionais para hábitos saudáveis e prática de atividade física em 100% dos idosos cadastrados, e 47.2 para avaliação odontológica. Não foi possível fornecer a Caderneta da pessoa idosa por não haver este instrumento na Unidade. Foi organizada por meio de uma agenda para os atendimentos, aliados aos atendimentos de demanda espontânea, todos os idosos que faltaram às consultas foram buscados pela equipe de saúde. No eixo engajamento público foi possível trabalhar a sensibilização da comunidade, bem como os familiares sobre a importância da equipe estar desenvolvendo este trabalho de priorização no cuidado para os idosos, através dos grupos de educação em saúde na comunidade. No eixo da qualificação da prática clínica foi possível capacitar todos os profissionais da equipe como base o protocolo de Saúde do Idoso do Ministério da Saúde. Desta forma conclui-se que a intervenção fica integrada a rotina diária do trabalho, contribuiu para melhorar a atenção a saúde dos idosos, estabelecer vínculos entre a equipe e a comunidade assim como sensibilizou para a importância da saúde bucal no cuidado integral ao idosos.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde; saúde da família; saúde do idoso; assistência domiciliar; saúde bucal.

Lista de Figuras

Figura 1	Gráfico 1. Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde	61
Figura 2	Gráfico 2. Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados.	63
Figura 3	Gráfico 3. Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática.	65
Figura 4	Gráfico 4. Proporção de idosos com orientação individual de cuidados de saúde bucal em dia.	69
Figura 5	Fotografia 1. Visita Domiciliar.	82
Figura 6	Fotografia 2. Visita Domiciliar.	82
Figura 7	Fotografia 3. Atividade com Grupo de Idosos.	83
Figura 8	Fotografia 4. Atividade com Grupo de Idosos.	83
Figura 9	Fotografia 5. Atividade com Grupo de Idosos.	83
Figura 10	Fotografia 6. Atividade com Grupo de Idosos.	84
Figura 11	Fotografia 7. Atividade com Grupo de Idosos.	84
Figura 12	Fotografia 8. Atividade com Grupo de Idosos.	84

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos.

ACS	Agente comunitário da Saúde
APS	Atenção Primária de Saúde
DM	Diabetes Mellitus
DSTs	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ESF	Estratégia da Saúde da Família
EPF	Exame Parasitológico das Fezes
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HGT	Glicose Capilar
HIPERDIA	Hipertensão e Diabetes
HIV	Vírus de Imunodeficiência Humana
IMC	Índice de massa corporal
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
RS	Rio Grande do Sul
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
VHB	Vírus da Hepatite B

Sumário

Apresentação	8
1 Análise Situacional	9
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	9
1.2 Relatório da Análise Situacional	10
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	22
2 Análise Estratégica	23
2.1 Justificativa	23
2.2 Objetivos e metas	25
2.2.1 Objetivo geral	25
2.2.2 Objetivos específicos e metas	25
2.3 Metodologia	27
2.3.1 Detalhamento das ações	27
2.3.2 Indicadores	46
2.3.3 Logística	49
2.3.4 Cronograma.....	52
3 Relatório da Intervenção.....	53
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	53
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	55
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	56
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	56
4 Avaliação da intervenção.....	57
4.1 Resultados.....	57
4.2 Discussão	66
5 Relatório da intervenção para gestores	70
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	72
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	74
Referências	76
Apêndices	77
Anexos	81

Apresentação

Este exemplar contém o Trabalho de Conclusão de Curso exigido como requisito para a obtenção do título de Especialista em Saúde da Família, o qual descreve o processo de estruturação e qualificação do cuidado ofertado aos idosos pertencentes à área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família II no município de Estrela – RS. A intervenção foi realizada em três meses; ele está estruturado em 7 capítulos, sendo eles, Análise Situacional, análise Estratégica – Projeto de Intervenção que contempla a justificativa, objetivos e metas, metodologia e o detalhamento das ações nos quatros eixos principais: (monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica), indicadores, logística e cronograma de intervenção. Relatório da Intervenção contempla as ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, as ações previstas que não foram desenvolvidas, dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço. Avaliação da Intervenção contempla os resultados e a discussão, o relatório para o gestor e relatório para a comunidade. Reflexão Crítica sobre o processo pessoal de aprendizado contém uma análise dos resultados para o crescimento profissional, proporção de satisfação, avaliando o ensino aprendizagem.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Meu nome é Omar Iribar Salomon, cubano, integrante do Programa Mais Médicos para o Brasil, formado em medicina na Universidade de Ciências Médicas Carlos J. Finlay (Camaguey - Cuba), no ano 2003, Especialista de primeiro grau em Medicina Geral Integral e Gastrenterologia. Trabalho no município de Estrela, Estado Rio Grande Do Sul, na ESF (Estratégia de Saúde da Família) Imigrante desde maio de 2014. O município tem uma população de aproximadamente 30.000 habitantes. Conta com seis UBS (Unidades Básicas de Saúde) localizadas na área urbana e uma unidade móvel para a área rural. A ESF Imigrantes atende aproximadamente 750 famílias, com uma população de 3.656 pessoas na área de abrangência, com cobertura total de sua população adstrita. A população é basicamente urbana, com poucas famílias na área rural e ainda uma aldeia indígena com cerca de 30 famílias. Algumas famílias de classe médio-alta procuram serviços particulares, mas a maioria é atendida pelo SUS, incluindo a comunidade indígena que é atendida todas as terças-feiras na ESF. O horário de atendimento é das 07 horas e 30min às 12:00 horas, e das 13:00 horas às 17horas e 30 min. A estrutura física da ESF é constituída por: dois consultórios destes um consultório médico e um odontológico, uma sala de triagem para verificação de sinais vitais e realização de procedimentos, uma recepção, uma sala para as agentes comunitárias de saúde, uma sala de lavagem e esterilização de materiais, uma farmácia básica, uma sala de arquivos, uma cozinha, um banheiro para os funcionários e um banheiro para pacientes. A ESF conta com o seguinte quadro profissional: uma equipe de saúde bucal na qual atuam um odontólogo e um auxiliar de saúde bucal; uma enfermeira, dois técnicos de enfermagem, cinco agentes

comunitários de saúde e um agente indígena de saúde. Conta com o trabalho de uma psicóloga que realiza atendimentos individuais e em grupo duas vezes por semana e possui uma funcionária da higienização. A equipe de saúde oferece grupos de saúde como: de gestantes e de práticas alternativas de cuidado em saúde.

Os principais problemas de saúde no território da ESF são doenças crônicas não transmissíveis e doenças mentais. São realizadas visitas domiciliares programadas semanalmente a pacientes acamados ou com necessidades especiais, puérperas e gestantes. No município existe uma Unidade de Saúde Central com consultas de ginecologia e pediatria onde são consultadas as gestantes e crianças de alto risco, contamos com um hospital com serviços especializados de ginecologia, sala de parto, pediatria, cirurgia, cardiologia, gastroenterologia, neurologia, unidade de cuidados intensivos, entre outros. Ainda existe muito caminho a percorrer na Atenção Primária a Saúde, há que aumentar as ações na saúde preventiva para assim melhorar o estado de saúde da população em geral.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O município de Estrela/RS, situado no Vale de Taquari, tem uma população de aproximadamente 30.000 habitantes. Conta com seis UBS (Unidades Básicas de Saúde) localizadas na área urbana e uma unidade móvel para a área rural, destas cinco são UBS tradicional (Boa União, Das Indústrias, Central, Auxiliadora e Unidade Móvel) e duas são ESF (ESF I Moinhos e ESF II Imigrante). Conta também com um hospital com serviços especializados de ginecologia, sala de parto, pediatria, cirurgia, cardiologia, gastroenterologia, neurologia, unidade de cuidados intensivos, realização de tomografias, ressonância magnética e raios-X, dois laboratórios clínicos com convênio com o SUS onde são realizados de forma gratuita exames como hemograma, plaquetas, glicemia, teste de tolerância à glicose, hemoglobina glicosilada, Transaminases, uréia, ácido úrico, creatinina, colesterol, triglicerídeos, T_p, k_{tp}, TSH, t₃, t₄, EQU, EPF, Toxoplasmose, VDRL e HIV. Possui um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e um centro de atenção ao HIV/AIDS.

O ESF Imigrantes está localizado no Bairro Imigrante no município de Estrela, é um ESF tradicional urbana com uma equipe de saúde completa integrado por um médico clínico geral do programa mais médico, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, um odontólogo, uma auxiliar de consultório odontológico, cinco agentes comunitários de saúde, uma psicóloga, uma funcionária da higienização e uma estagiária. Tem uma população adstrita de 3.656 pessoas incluindo uma aldeia indígena com cerca de 30 famílias na área rural.

Existem algumas limitações nas relações entre a ESF e a comunidade. Não existe conselho local de saúde/gestão participativa na ESF, só a nível municipal onde são discutidos temas de saúde do município em geral. São realizadas com periodicidade atividades de educação em saúde para a comunidade em geral, onde são tratados temas como acolhimento, alimentação saudável, estilos de vida saudável, cuidados com os idosos, recém-nascidos, entre outros, utilizando técnicas de educação para a saúde como palestras, grupos de reflexão, dinâmicas de grupo. As atividades de promoção de saúde são de muita importância que sejam realizadas com a participação de toda a comunidade, não só com os já doentes porque o objetivo do trabalho é promover modos e estilos de vida saudáveis para evitar o surgimento de doenças que ajudem a conscientizar as pessoas sobre a importância de cuidar sua saúde diminuindo assim a morbidade por doenças evitável. Deve-se envolver mais a comunidade no planejamento de ações de saúde, a identificação de problemas e nas propostas para resolvê-las, que seria de muita ajuda para melhorar o atendimento às pessoas, fazer mudanças nos estilos de vida com o objetivo de promover sempre uma atenção de qualidade.

A ESF Imigrante funciona em um local adaptado e não cumpre com a estrutura que é exigida o Manual de estrutura das UBS. Funciona faz 14 anos com 100% da população da área geográfica de abrangência cadastrada de acordo a última atualização feita em 2010. Não conta com sala de reuniões e educação em saúde, este afeta o bom funcionamento da unidade, já que quando se realizam as reuniões se fecha o ESF porque é utilizada para esta atividade a área de recepção e sala de espera. Não tem sala de nebulização, este serviço é prestado na mesma sala de curativos, porque só se pode realizar um procedimento por vez a fim de preservar a privacidade do paciente. O piso da unidade não é regular, este pode causar quedas a usuários idosos e com deficiências. As portas dos banheiros não permitem o acesso de usuários de cadeiras de rodas, seu espaço é muito pequeno este dificulta

manobras de aproximação de usuários de cadeiras de rodas. Não existe sinalização visual dos ambientes através de figura, recursos auditivos e braile, só através de texto, este dificulta o entendimento de algumas informações por pacientes analfabetos ou com baixo grau de escolaridade. O prédio da unidade de saúde não é adequado para o acesso de pessoas portadoras de deficiências, mas existe uma rampa alternativa para garantir seu acesso.

As deficiências de maior relevância da unidade são a falta de uma sala de reuniões e educação em saúde, esta dificulta muitas ocasiões o desenvolvimento de atividades de grupos por não contar com um espaço adequado. Outra deficiência importante é que a sala de curativos e nebulização funciona junta, este impede a realização de procedimentos a mais de um paciente por vez. Já foi aprovado um projeto por parte da secretaria de saúde para fazer uma nova UBS que cumpra com a estrutura ideal para o bom funcionamento.

Com relação aos medicamentos disponíveis, estes são insuficientes para oferecer um bom serviço à comunidade tendo em conta a morbidade da área de saúde. Os antibióticos e psicofármacos estão disponíveis na UBS central do município por onde os pacientes têm que locomover-se até lá para adquirir os mesmos. Outros medicamentos como colírios, cremes e medicamentos utilizados em doenças dermatológicas entre outros, tem que ser comprado na farmácia porque não há pelo SUS. Outra deficiência importante é que não há analgésicos, anti-histamínicos, broncos dilatadores, entre outros medicamentos injetáveis. Os pacientes têm que ir a farmácia para comprar o medicamento para logo regressar ao ESF para ser administrado. Há que aumentar o quadro básico de medicamentos priorizando aqueles utilizados em situações de urgências e assim oferecer um melhor serviço à população. Também na ESF não são realizados exames complementares, só teste rápido para HIV, sífilis, VHB (Vírus da Hepatite B) e testes de gravidez. Os exames de hematologia, química sanguínea, EPF e Raios-X com e sem contraste são realizados em laboratórios do município, mas são pelo SUS. Outros exames como estudo da anemia, colonoscopia, endoscopia, eco cardiograma, eletrocardiograma, ultrassonografias, entre outros, só tem nos serviços privados e muitos pacientes que necessitam realizar terminam sem fazer devido as baixas condições econômicas.

Com relação a atenção especializada possui grandes problemas, só conta com gineco-obstetrícia, pediatria, oftalmologia, nutrição, psicologia e psiquiatria, as outras especialidades os pacientes tem que esperar meses e anos para consultar; é

um problema que deve ser resolvido para ter um serviço de saúde mais completo e integral ao povo. Respeito ao processo do trabalho da equipe de saúde posso dizer que existem a necessidade de perfeccionar o desempenho como coletivo encarregado de dar uma atenção de saúde adequada as necessidades existentes na população adstrita. Há um território definido para atuar e o planejamento das atividades é feito em conjunto, todos os profissionais da equipe estão implicados na produção de saúde.

Na ESF são feitos atendimentos de urgências e as de emergências são manejadas com a estabilização do paciente e o posterior encaminhamento para o hospital, já que a unidade de saúde não tem salas de observação e não está habilitada para tratar emergências. Toda equipe é encarregado da busca ativa dos pacientes faltosos às ações programáticas, participando das demais atividades e cuidados domiciliares. Tem organizado alguns grupos de pacientes, mas ainda faltam outros que são de muita importância como grupos de combate ao tabagismo, puericultura, planejamento familiar, portadores de sofrimento psíquico e prevenção de câncer ginecológico, deveriam construir estes grupos para o fortalecimento das atividades educativas para promoção de saúde. As reuniões da equipe são feitas semanalmente, mas se em algum momento se faz necessário discussão de algum problema ou caso clínico, planeja-se a mesma com anterioridade, em dependência das circunstâncias e da necessidade de discussão de alguns problemas no trabalho.

O trabalho de equipe em algumas ocasiões se vê afetado pela falta de participação de alguns usuários, principalmente os idosos dos grupos de diabéticos e hipertensão, é de muita importância desenvolver atividades educativas com estes usuários, deverão buscar opções que ajudem incorporar eles nestas atividades. Também acontece que a população assistida é de baixos recursos econômicos e a maioria não tem incentivo para assistir as atividades. Na conversa com a equipe de trabalho chegaram à conclusão de que nesta ocasião a principal limitação encontrada foi não ter constituído os grupos específicos anteriormente citados e os que têm funcionam com dificuldade pela não participação de alguns usuários, se podem dar solução com a criação dos grupos faltantes, mas achamos que o mais difícil para nós é incorporar uma boa quantidade de usuários as atividades grupais, a maior parte da solução pode ser resolvida pela equipe, todos devem estar engajados com a saúde da população, já que são os principais responsáveis pela mesma, devem procurar resolver esta limitação com o atuar diário e também podem pedir ajuda econômica à prefeitura do município, caso esteja dentro de suas possibilidades poderem financiar

pequenas atividades festivas com este grupo de pessoas idosas e motivá-los, aproveitando o lugar para a realização de atividades educativas, estas deficiências também devem ser informadas na secretaria de saúde, já que os gestores podem ter opções e ideias para solucionar esta deficiência.

A equipe de trabalho da ESF está composta por uma enfermeira, dois técnicos de enfermagem, um auxiliar de consultório dentário, uma recepcionista, cinco agentes de saúde, um médico e um odontólogo. O número de equipe é adequado em relação à população atendida que é de 3.656 pessoas, já que deve existir uma equipe de saúde cada 4.000 pessoas como máximo; e o tamanho da equipe também é adequado para o bom atendimento de toda a população da área de abrangência. Com respeito à distribuição da população por sexo e faixa etária existente na área que recebem atendimento no ESF estão de acordo com os dados estimados em relação às distribuições brasileiras e a população total da área. Por citar alguns exemplos, na área temos 1.187 mulheres em idade fértil e o número estimado foi de 1.135; uma quantidade maior próximo do estimado. Existem 7 crianças menores de um ano de idade que recebem atendimento médico no ESF, quantidade que está muito por baixo em relação ao número estimado segundo a população da área de abrangência que é de 44 crianças. Isto é devido a que no ESF não tinha médico e as crianças recebiam sua consulta em outras UBS com o pediatra. Agora estão captando os novos nascimentos e realizando a consulta no ESF. Existem 5 gestantes na área de abrangência que recebem atenção pré-natal na ESF, representando um percentual de 0.24% da população total, quantidade que não se corresponde com o número estimado em relação à população da área de abrangência, já que o mesmo é de 54 (1.5% da população total). Esta diminuição pode ser explicada porque no ESF não tinha médico e as gestantes realizavam seu pré-natal em outras unidades de saúde com o ginecologista. Agora se está captando os novos casos e realizando a atenção pré-natal no ESF.

O acolhimento do paciente é realizado na recepção, não há uma sala específica para esta atividade devido a que a estrutura atual da unidade não o permite (é muito pequena); o mesmo é feito geralmente pela enfermeira e auxiliar de enfermagem, mas muitas vezes o médico também participa nesta atividade. Não existe equipe de acolhimento, ele é feito por toda a equipe, todos os dias e em todos os turnos de atendimento. Não existe excesso da demanda espontânea, todos os pacientes com problemas de saúde agudos que precisam ser atendidos no dia ou que

precisam atendimento imediato, são atendidos sem dificuldade e sem ter que esperar muito tempo. Em relação aos problemas odontológicos, são oferecidas consultas de segunda à sexta. As mesmas são agendadas, mas os pacientes com problemas agudos são priorizados e o atendimento é oferecido imediatamente.

A atenção pré-natal é realizada de segundas a sextas pelo médico clínico geral do programa mais médicos e a enfermeira, no PSF não contamos com obstetra, mas tem uma consulta para gestantes de alto risco que funciona no hospital onde são encaminhadas as gestantes que tenham esta condição para avaliação por obstetra. Todas as informações são colhidas nos prontuários, formulários especiais do pré-natal, ficha de atendimento odontológico, fichas de vacinas e no cartão pré-natal que tem cada gestante. Estas informações são anotadas corretamente pelo que pode se preencher os dados referentes ao pré-natal e puerpério do caderno de ações programáticas sem muitas dificuldades. Recebem acompanhamento pré-natal 5 gestantes para um percentual de 9% em relação ao número de gestantes estimado para a área adstrito do ESF que é de 54 gestantes. Isto se deve a que o ESF não tinha médico e as gestantes realizaram seu acompanhamento em outras unidades do município. O objetivo é que 100% das gestantes da área sejam acompanhadas na unidade e assim poderia ter um melhor controle e seguimento do pré-natal atuando sobre os fatores de risco e oferecendo uma atenção com qualidade para que a gestante termine sua gestação com êxitos tendo em conta que neste município o parto pré-termo constitui um problema frequente. De acordo com os indicadores de qualidade, das cinco gestantes captadas, duas começaram seu pré-natal no segundo trimestre (40%) que veio de outro município, e 3 gestantes no primeiro trimestre (60%), indicador que tem que melhorar captando 100% das gestantes no primeiro trimestre e assim oferecer um acompanhamento pré-natal completo.

Todas as gestantes têm as consultas em dia de acordo com o calendário do ministério de saúde, os exames laboratoriais foram solicitados na primeira consulta, a vacinação e suplementos de sulfato ferroso foram prescritos de acordo aos protocolos, assim como a avaliação por odontólogo e orientações para aleitamento materno exclusivo. Existem aspectos que devem ser melhorados. Não existe um arquivo específico para o registro dos atendimentos as gestantes, isto ajudaria muito a detectar as gestantes faltosas a consulta, de risco, data de parto entre outros dados. Outra dificuldade detectada foi que neste município não existe protocolo de atendimento pré-natal, isto pode influenciar no bom acompanhamento das gestantes,

já que seria ideal ter um protocolo para o atendimento e que todas as gestantes recebam a mesma atenção. Isto pode estar influenciando no elevado índice de parto pré-termos existentes no município. Este protocolo já está sendo elaborado, se acredita que antes de finalizar o ano seja publicado e posto em prática.

Na ESF são utilizados os prontuários médicos e odontológicos para o registro da atenção à saúde da criança. Não tem outro registro, no entanto permitiram preencher sem dificuldade as informações solicitadas no caderno de ações programáticas. Há sete crianças menores de um ano que recebem acompanhamento de puericultura pelo médico geral e a enfermeira o que representa um percentual de 16% em relação ao total de crianças que devíamos ter no consultório que é de 44 tomando em conta a área de abrangência. Existe um total de sete crianças em acompanhamento na ESF, todas elas com consultas em dia, 100% realizou o teste do pezinho nos primeiros sete dias do nascimento e a primeira consulta de puericultura, com à triagem auditiva em dia. O crescimento e desenvolvimento são monitorados em todas as consultas pela enfermeira e médico assim como a avaliação de saúde bucal. Oferecem-se a todas as mães em cada consulta orientações para o aleitamento materno exclusivo, explicando os benefícios de até os seis meses de vida, assim como orientações para prevenção de acidentes no domicílio. Em relação às vacinas, 100% das crianças tem o esquema atualizado. Existem aspectos que devem ser melhorados como a inexistência de protocolo de atendimento de puericultura já está trabalhando com o objetivo de realizar o protocolo neste ano. Isto melhoraria as qualidades das consultas oferecidas, já que todas as crianças receberiam a mesma atenção independentemente do consultório que assista. Não são realizadas atividades educativas com grupos de mães das crianças da puericultura. Devem-se planejar atividades de promoção de saúde com as mães para assim atuar sobre riscos e evitar doenças preveníveis para melhorar a qualidade de vida e diminuir a morbidade.

Em relação ao programa de controle de câncer de útero, os resultados dos exames são registrados nos prontuários clínicos, livro de registro e formulário especial para cito patológico os quais são revisados bimensais pela enfermeira, sendo possível preencher os dados do caderno de ações programáticas sem dificuldade. Na ESF se realizam o exame cito patológico do colo de útero 683 mulheres entre 25-64 anos de idade, o que representa um percentual de 68% em relação ao total de mulheres da faixa etária de 25 – 64 anos segundo a área de abrangência que é de 1.007. Isto pode estar justificado porque nem todas as pacientes realizam o exame na unidade de

saúde. Olhando os indicadores da qualidade da prevenção de câncer de colo de útero preenchido no caderno de ações programáticas, dos 683 exames realizados, cerca de 91% estão em dia (620), e 63 exames estão atrasados (9%) de pacientes que não assistem a consulta planejada. No período analisado, 5 mulheres tiveram resultados alterados e as mesmas foram encaminhadas pelo médico geral a consulta especializada. Destas, uma perdeu o seguimento em nossa área porque se mudou para outro município. Há 14 pacientes identificadas com risco de câncer de colo de útero prevalecendo à infecção por HPV (Papiloma Vírus Humano) em quase todas elas. As 620 pacientes foram oferecidas orientações de câncer do colo de útero e DSTs (Doenças Sexualmente Transmissíveis) pela enfermeira. No período existiram três exames não úteis os quais foram recoletados de forma satisfatória. Das amostras coletadas 75% foram com células representativas da junção escamo colunar. Existem aspectos que devem ser melhorados para ampliar a cobertura e a qualidade do controle de câncer de colo de útero. Não se realizam atividades com grupos de mulheres, onde se poderiam tratar temas como fatores de risco para o câncer cérvico-uterino e de mama, importância da realização do exame cito patológico e mamografia ainda que não se tenha sintomas, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, entre outros temas. Outro aspecto de importância é a falta de um protocolo de prevenção de câncer de colo de útero os quais ajudaria a melhorar a qualidade do controle deste programa. São realizadas visitas domiciliares pela enfermeira e agente de saúdes pacientes com exame cito patológico do colo de útero alterado, logrando assim um maior controle destas pacientes, e evitando a perda de seguimento.

Com relação ao câncer de mama é utilizado o prontuário clínico e um formulário especial para o registro, desta forma não existiu dificuldade para preencher os dados solicitados no caderno de ações programáticas. Segundo os dados coletados temos 294 mulheres que realizaram mamografia, o que representa 78% em relação ao total de pacientes segundo a área de abrangência que é de 377. Isto pode ser explicado porque existem pacientes que realizam seu controle em outros consultórios. Em relação aos indicadores de qualidade preenchidos no caderno de ações programáticas, 279 mulheres têm mamografia em dia, 15 tem atraso do exame de mais de três meses devido fundamentalmente a espera para a realização. Em risco para câncer de mama tem 22 pacientes e 100% das mulheres são oferecidas orientações pela enfermeira e o médico clínico geral sobre prevenção de câncer de mama. Devemos melhorar enquanto a periodicidade na revisão do registro de controle

de câncer de mama. Este deve ser revisado com mais frequência para assim evitar mais atraso nos exames e melhorar a qualidade do controle de este programa. As mulheres com exames alterados são encaminhadas pelo médico clínico geral a consulta especializada e são realizadas visitas no domicílio para verificar sua continuidade de seguimento e seu estado de saúde.

Em relação a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), são utilizados para registrar os pacientes consultados, os prontuários médicos e odontológicos e o registro eletrônico de medicamentos entregues, os quais permitiram preencher os dados solicitados no caderno de ações programáticas. O número estimado de pacientes maiores de 20 anos com HAS para a área de abrangência é de 817, quantidade não adequada em relação aos pacientes acompanhados por esta doença que é de 330. Acredita-se que há pacientes na área que podem ter a doença, mas não tem conhecimento disso e são diagnosticados quando tem alguma complicação. Isto poderia ser evitado aumentando a realização de pesquisa ativa aos maiores de 20 anos nas visitas no domicílio. A cobertura de HAS é de 330, quantidade inferior ao estimado para a área de abrangência que pode ser explicado porque alguns pacientes preferem receber seu acompanhamento em outros consultórios. Em relação aos indicadores de qualidade da atenção da HAS avaliados no caderno de ações programáticas, 100% dos pacientes acompanhados é realizada a estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, esta classificação é realizada a todos os casos novos de HAS e avaliada nas consultas seguintes pelo médico clínico geral, já que ela ajuda a seleção do tratamento adequado. Também a todos os pacientes são oferecidas orientações sobre a importância e benefícios da prática de atividade física regular e de ter uma alimentação saudável. Existem 90 pacientes com atraso da consulta em mais de sete dias e 240 pacientes com exames periódicos em dia. A todos os pacientes consultados é programada a próxima consulta, mas a realidade é que eles só assistem a consulta quando tem algum problema de saúde agudo o quando precisam trocar a receita de seus medicamentos e é esse momento que é aproveitado para realizar a consulta, indicar os exames periódicos e oferecer orientações de saúde. Isto acontece de quatro em quatro meses para os medicamentos da farmácia popular e de seis em seis meses para os medicamentos do ESF. Em relação à saúde bucal, tem 146 pacientes que realizam acompanhamento odontológico, este é solicitado pelo próprio paciente segundo sua necessidade. Existem aspectos que devem ser melhorados para ampliar a cobertura e melhorar a

qualidade da atenção ao paciente com HAS. Não há um protocolo específico para o acompanhamento de HAS, mas são utilizados os protocolos nacionais. Não existem grupos específicos de HAS, as orientações são oferecidas a cada paciente de forma individual nas consultas e a família nas visitas domiciliares. Isto ajudaria a diminuir as complicações, descompensações frequentes e melhorar a qualidade de vida. Não existe um registro específico para os pacientes com HAS, este registro é de muita importância para ter um maior controle das consultas, evitarem atraso das mesmas para melhorar assim a qualidade da atenção.

Em relação à Diabetes Mellitus para o registro são utilizados os prontuários médicos e odontológicos e os registros eletrônicos dos medicamentos entregues, os quais ajudaram a preencher os dados do caderno de ações programáticas, não tem outro registro específico para os pacientes com esta doença. Há 98 pacientes com Diabetes Mellitus que recebem acompanhamento na unidade, quantidade bem inferior do número estimado que é de 234 pacientes. Isto é devido a que muitos pacientes fazem seu acompanhamento em outros consultórios e unidades. Existe uma cobertura de 98 pacientes com Diabetes Mellitus na área em relação a quantidade que devia ter pela área de abrangência, o que representa 42 %. Como já explicado anteriormente, isto se deve que nem todos os pacientes com esta doença utilizam o serviço para seu acompanhamento. Todos os pacientes atendidos são realizados a estratificação de risco cardiovascular. Há 30 pacientes com consultas atrasadas e 68 com exames periódicos em dia. O exame físico dos pés, palpação dos pulsos tibiais posteriores e pediosos e com medida de sensibilidade nos últimos três meses tem avaliação em 63% os quais foram realizadas consultas neste período. As consultas são feitas de quatro em quatro meses e a todos os pacientes são oferecidas orientações sobre alimentação saudável e prática de atividade física regular pelo médico clínico geral, enfermeira e técnicas de enfermagem. Em relação à saúde bucal tem 41 pacientes que realizam acompanhamento. Existem vários aspectos que devem ser melhorados. Não existe um registro específico para pacientes com Diabetes Mellitus o qual facilitaria o trabalho diário e ajudaria a melhorar a qualidade da atenção evitando o atraso nas consultas. Não existem protocolos específicos no ESF para o atendimento, mas se trabalha pelo protocolo nacional para Diabetes Mellitus. Não tem grupos de diabéticos, espaço de muita importância para realizar atividades educativas e tratar temas como a importância da atividade física, de manter uma alimentação saudável,

de cumprir com o tratamento indicado e assistir às consultas programadas para evitar complicações.

Em relação ao atendimento à saúde dos idosos, são utilizados os prontuários clínicos e odontológicos e um registro específico para registrar estes atendimentos. A estimativa da quantidade de idosos residentes na área é de 499 pacientes, o que é superior à realidade que é de 445 pessoas idosas para um percentual de 89%. A estimativa é adequada a realidade com uma variação de 11%. Tem 445 pessoas idosas que recebem atendimento médico, o que representa 89% da quantidade estimada para a área de abrangência que é de 499. Isto se pode explicar porque nem todos os pacientes procuram a Unidade de Saúde para atendimento médico e alguns têm planos de saúde e procuram acompanhamento em outros consultórios. Tendo em conta os indicadores de qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa, existem dificuldades que precisam melhorar. Dos 445 idosos atendidos no ESF, nenhum tem a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa e só 51 pacientes tem a avaliação multidimensional rápida (de muita importância para determinar se o idoso é frágil o funcional). Com acompanhamento em dia tem 410 idosos; com hipertensão arterial sistêmica tem 249 pacientes para um percentual de 56% e com diabetes mellitus 59 pacientes. Com avaliação de risco para morbimortalidade e investigação de indicadores de fragilização na velhice tem 410 idosos. Sendo que 88% recebeu orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis e 85% recebeu orientações para atividade física regular pelo médico clínico geral, enfermeira, técnicas de enfermagem e agentes de saúde. Uma vez por semana são realizadas visitas domiciliares a idosos priorizando os acamados o com problema de locomoção pelo médico clínico geral, técnica de enfermagem e agente de saúde. Em relação à saúde bucal, tem 102 pacientes idosos com consulta em dia. Existem vários aspectos que devemos melhorar para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção. Não existe um protocolo de atendimento para idosos para regular o acesso a outros níveis do sistema de saúde o qual ajudaria a melhorar a qualidade da atenção. Não existe a Caderneta da pessoa idosa, de muita importância para registrar os riscos, doenças, atendimentos entre outras atividades. Existe um grupo de idosos na comunidade com o qual é realizado atividades duas vezes por mês (atividades educativas sobre principais riscos à saúde, como evitar quedas, doenças preveníveis, alimentação saudável, benefícios da atividade física, entre outros onde participam a enfermeira,

técnicas de enfermagem, médico, agentes de saúde e psicóloga) que ajudam para melhorar sua qualidade de vida.

Em relação à saúde bucal, tem a equipe completa formada por um odontólogo, uma auxiliar de saúde bucal. Possuem equipamento completo também com equipo de Raios-X, ultrassom, fotopolimerizador, etc. Realizam consultas programadas de segunda a sexta e atendimento de urgência a livre demanda em dos turnos. Em cada turno são programados 8 atendimentos, mas nem sempre é cumprido este indicador porque alguns pacientes não assistem a consultas agendadas. A capacidade de atendimentos clínicos é de aproximadamente de 0,6% por habitante por mês, estando de acordo a os parâmetros de os ministérios de saúde (0,4 %-1,6%). Das quarenta horas semanais, quatro são utilizadas para atividades não clínicas, 2 horas para reuniões e 2 horas para ações coletivas pelo que a capacidades instaladas para ações coletiva e de 10% da carga horária semanal. Indicador inferior ao previsto pela política nacional de saúde bucal que de 15-25%. Para o registro das atividades clínicas e não clínicas de saúde bucal, são utilizados os prontuários odontológicos onde foi possível preencher os dados solicitados no caderno de ações programáticas. A média de procedimento clínico por habitante no mês é de 0.6 %, indicador que se corresponde com a média preconizada pelo ministério de saúde (0.4%-1,6%) e com a capacidade instalada, mas poderia ser maior sendo que ocorrem algumas faltas a consultas agendadas. Em relação a atenção a primeira consulta odontológica programática em grupo prioritários, foram realizadas 9 consultas a pré- escolares, 28 a escolares, 74 consulta de 15-59 anos e 28 consultas a idosos, quantidades que poderiam ser maiores com relação a população total e a capacidade instalada, mas na área, a diferença de outras é que não existe excesso de demanda a consulta odontológica e alguns pacientes não assistem as consultas agendadas. São realizadas atividades educativas de saúde bucal com grupos de idosos, hiperdia, gestante, pró-jovens e escolares com uma frequência mensal cada um. Em relação as gestante, temos um total de seis delas, quatro participaram no grupo no mês analisado e nenhuma tinha consulta programada porque já realizaram seu atendimento nos meses anteriores. As consultas programáticas odontológicas predominam sobre as não programáticas com uma razão com 4.5 para os pré-escolares de 5.6 nos escolares, de 9.25 no grupo de 15-59 anos e de 4.6 para os idosos. Estes indicadores são avaliados como positivos por que não existem dificuldades neste aspecto. Não houve gestante com consulta de urgência. A saúde bucal pode ser melhorada na ESF, aumentando às atividades

coletivas semanais, dedicando mais horas da semana a realização das mesmas e aumentando a quantidade de atendimentos diários.

1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional

Ao analisar a situação do ESF/APS, foram detectados como principais problemas as doenças crônicas não transmissíveis e doenças mentais; o relatório de análise situacional apresenta uma explicação mais detalhada da real situação da ESF, encontrando muitas mais deficiências como: local de funcionamento do ESF com estrutura inadequada para cumprir com as atividades de saúde, medicamentos disponíveis insuficientes para cobrir as necessidades dos pacientes, demora nas interconsultas com outras especialidades, cobertura de atendimento pré-natal e puericultura baixa, não tem formados grupos de saúde como puericultura, planejamento familiar, portadores de sofrimento psíquico, assim como escassa participação dos idosos nos grupos de HIPERDIA. Além das dificuldades existentes na ESF, contamos com uma equipe de saúde completa disposta a trabalhar nas dificuldades existentes. O projeto para a realização de um novo local com todas as condições para o funcionamento da ESF já foi aprovado sendo que contaremos com uma sala de reuniões que facilitará o desenvolvimento de atividades educativas. Nas visitas domiciliares realizadas diariamente pelas agentes de saúde, estará direcionada a toda a comunidade com o objetivo de informar os serviços prestados na ESF o que ajudará a aumentar as consultas de pré-natal, puericultura, assim como formação de grupos educativos e o fortalecimento dos já existentes. O quadro básico de medicamentos será analisado e solicitado à secretaria de saúde a inclusão de medicamentos para urgências. A solução de todas estas deficiências ajudará a oferecer um serviço de qualidade e melhorar assim o estado de saúde da população da área.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) define envelhecimento como “um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio-ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte”. (BRASIL, 2010). No Brasil, é definida como idosa a pessoa que tem 60 anos ou mais de idade. O envelhecimento populacional é um fenômeno natural, irreversível e mundial. A população idosa brasileira tem crescido de forma rápida. Atualmente existe no Brasil, aproximadamente, 20 milhões de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, o que representa pelo menos 10% da população brasileira. Os agravos decorrentes das doenças crônicas não transmissíveis têm sido as principais causas de óbito na população idosa, seguindo uma tendência mundial; a doença cerebrovascular ocupa o primeiro lugar em mortalidade no país, tanto em idosos quanto na população geral, e as doenças cardiovasculares, o segundo lugar produzido pela alta prevalência de hipertensão arterial na população brasileira e o não tratamento ou o tratamento inadequado dessa doença, tendo em vista que a hipertensão arterial é o principal fator modificável da doença cerebrovascular. O mundo está envelhecendo. Tanto isso é verdade que se estima para o ano de 2050 que existam cerca de dois bilhões de pessoas com sessenta anos e mais no mundo, a maioria delas vivendo em países em desenvolvimento. (BRASIL, 2006).

A ESF Imigrantes apresenta indicadores de qualidade baixos com relação ao acompanhamento inadequado a este grupo populacional, desta forma decidiu-se realizar uma intervenção que permita desenvolver estratégias de saúde que melhorem

a qualidade de vida dos idosos da área de abrangência. Estando localizado no município de Estrela, RS, funciona em um local adaptado e conta com sala de espera, recepção, consultório médico, consultório odontológico, sala de enfermagem, sala para agentes comunitários de saúde, sala de procedimentos, cozinha, farmácia, esterilização, depósito e dois banheiros. A equipe de saúde está integrada por um médico geral, um odontólogo, uma enfermeira, dois técnicos de enfermagem, uma auxiliar de odontologia, seis agentes comunitárias de saúde, uma psicóloga e uma higienizadora. Tem uma população total de 3.656 pessoas na área de abrangência, das quais 445 são maiores de 60 anos.

A ESF conta com um total de 445 idosos na área de abrangência, sendo necessária a implantação deste projeto já que existem algumas dificuldades no atendimento destes pacientes em razão de algumas limitações em decorrência da idade, dificuldades de locomoção, fragilidades da velhice, rede social e familiar deficiente, portanto estes fatores influenciam de forma negativa na qualidade de vida e no aumento da morbidade e mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis que são muito frequentes nesta faixa etária. Há também dificuldades na qualidade dos registros, não há implantado a caderneta de saúde da pessoa idosa, que não está disponível no município, dependemos da secretaria de saúde para adquirir. Para tanto, é necessário que a equipe esteja capacitada e sensibilizada para fornecer um cuidado integral multiprofissional através de consultas prioritárias, atendimento domiciliar quando necessários, registros adequados, de ações desenvolvidas em atividades de promoção de saúde com grupos de idosos, onde a participação no momento é escassa, apenas 20% participam de forma contínua, sendo favorecidos destas importantes atividades.

Para o cumprimento dos objetivos propostos na intervenção, conta-se com o trabalho conjunto de toda a equipe, sendo que a mesma tem a disposição de trabalhar arduamente para melhorar a saúde deste grupo populacional, melhorando assim a qualidade e expectativa de vida. Acreditamos que apostar na saúde do idoso é reduzir gastos na atenção especializada, internações hospitalares desnecessárias, e comorbidades. Pretende-se contribuir para a organização de um sistema de saúde eficaz e resolutivo para a população idosa. Pode existir dificuldade com a caderneta de saúde da pessoa idosa, já que dependemos da secretaria de saúde para adquiri-la e atualmente não está disponível na ESF.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a Atenção à Saúde do Idoso na ESFII Imigrantes no município de Estrela/RS.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivo 1. Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso.

Meta 1. Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 100%.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde.

Meta 2.1 Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde.

Meta 2.2 Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para diabéticos.

Meta 2.3 Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 2.4 Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos idosos.

Meta 2.5 Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. (Estimativa de 8% dos idosos da área).

Meta 2.6 Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Meta 2.7 Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Meta 2.8 Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial para Diabetes Mellitus (DM).

Meta 2.9 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos.

Meta 2.10 Realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos.

Objetivo 3. Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso.

Meta 3.1 Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1 Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

Meta 4.2 Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados.

Objetivo 5. Mapear os idosos de risco da área de abrangência.

Meta 5.1 Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.

Meta 5.2 Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.

Meta 5.3 Avaliar a rede social de 100% dos idosos.

Objetivo 6. Promover a saúde dos idosos.

Meta 6.1 Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

Meta 6.2 Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% idosos.

Meta 6.3 Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados.

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas para ser realizado na Unidade de Saúde da Família II Imigrantes no Município de Estrela/RS. Participarão da intervenção 445 idosos maior de 60 anos.

2.3.1 Detalhamento das ações

Detalhamento das ações necessárias para o alcance das metas nos quatro eixos pedagógicos:

Objetivo 1 Ampliar a cobertura a Atenção a Saúde do Idoso.

Meta 1.1 Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 100%.

Monitoramento e Avaliação

Monitorar a cobertura dos idosos da área com acompanhamento na unidade de saúde periodicamente (pelo menos mensalmente). Para esta meta será realizado monitoramento semanal dos idosos cadastrados no programa por meio da avaliação da ficha espelho. Também será monitorada mensalmente a disponibilidade das fichas-espelhos para cadastramento dos idosos, para que sempre estejam em quantidades suficientes. A enfermeira revisará os registros nas fichas espelhos, a agenda de consultas e os prontuários para identificar os idosos com consultas ou procedimentos/exames em atraso, para posterior busca ativa pelas ACS.

Organização e gestão do serviço

Acolher e Cadastrar todos os idosos da área de cobertura da unidade de saúde. Todos os idosos que vierem para a unidade, tanto por agendamento quanto por livre demanda serão acolhidos por um profissional da equipe e cadastrados em uma ficha espelho específica que foi adotada pela equipe e ficando disponível na unidade, também serão cadastrados diariamente nas visitas domiciliares pelas agentes de saúde, desta forma todos os idosos da área de cobertura serão acolhidos e cadastrados. Será proporcionado pela equipe acolhimento especializado a idosos e

realização de registros (caderneta de idoso, prontuário) e cadastro (SIAB) efetivos na unidade.

Engajamento Público

Será esclarecida a comunidade sobre a importância dos idosos realizarem acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realizá-lo na unidade de saúde através da sensibilização junto à comunidade para a importância do acompanhamento da saúde do idoso pela equipe de saúde, por meio de folders, cartazes, mídia local bem como pelos profissionais de saúde na unidade durante os atendimentos, orientações na sala de espera e nos grupos de educação em saúde na comunidade.

Será informada a comunidade sobre a existência do programa de atenção ao idoso da unidade de saúde através da Promoção de orientações gerais, em todos os espaços públicos e domicílios, sobre a existência do programa de atenção ao idoso pela equipe de saúde por meio de folders, cartazes, mídia local bem como pelos profissionais de saúde na unidade durante os atendimentos.

Qualificação da prática clínica

Será capacitada a equipe no acolhimento aos idosos e para a Política Nacional de Humanização com a realização de encontros com capacitação para a equipe e que serão agendados conforme disponibilidade de participação dos profissionais, durante os encontros serão abordados assuntos referentes às formas de acolhimento preconizado na Política de Humanização e de que forma cada membro da equipe pode estar promovendo o acolhimento ao idoso e seus familiares sempre que procurarem o serviço na unidade. Também será discutida a possibilidade de adoção de um protocolo específico para guiar o cuidado que será ofertado. (Caderno da atenção básica n 19, Atenção a Saúde do Idoso, MS 2006).

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde.

Meta 2.1 Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde.

Monitoramento e Avaliação

A realização de avaliação multidimensional rápida deve ser monitorada pelo menos anual em todos os idosos, para atingir esta meta durante a intervenção houve revisão dos registros fichas espelhos e prontuários pela enfermeira semanalmente identificando aqueles que não receberam a avaliação multidimensional rápida, para posterior busca ativa pelas ACS. Também será implantada uma planilha para registro específico de acompanhamento aos idosos, que será fornecida pelo curso de saúde da família para registrar todos os atendimentos dos idosos.

Da mesma forma será organizado um sistema de registro que viabilizou situações de alerta quanto ao atraso na realização de consultas de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, e realização da avaliação multidimensional rápida e dos demais procedimentos preconizados. A equipe de enfermagem revisará semanalmente os prontuários clínicos e registros a fim de verificar idosos ao atraso na realização de consultas de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, e na realização da multidimensional rápida e dos demais procedimentos preconizados pelo protocolo do mistério, identificando sinais de alerta.

Organização e gestão do serviço

Serão garantidos os recursos necessários para aplicação da avaliação multidimensional rápida para todos os idosos (balança, antropômetro, tabela de snellen). O médico da Unidade conversará com o gestor a fim de proporcionar a equipe de saúde todos os recursos necessários para avaliação multidimensional rápida os idosos.

Engajamento Público

A comunidade será informada sobre a existência da avaliação multidimensional rápida para todos os idosos na Unidade através do programa de qualificação a saúde do idoso. Também haverá promoção de orientações gerais, em todos os espaços públicos e domicílios, sobre esta avaliação na atenção ao idoso pela equipe de saúde por meio de folders, cartazes, mídia local bem como pelos profissionais de saúde nos grupos de educação em saúde na comunidade.

Qualificação da prática clínica

Será garantida a equipe um registro que viabilizou situações de alerta e atraso em algum procedimento de atendimento dos idosos, para esta meta o médico da Unidade realizará capacitação nas reuniões de equipe para a equipe de enfermagem revisar periodicamente os registros identificando sinais de alerta em atrasos de procedimentos. Para os encontros serão utilizados materiais audiovisuais, bem como cartilhas, folders e protocolo do Ministério da Saúde Cadernos de Atenção Básica n 19 Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, 2006.

Meta 2.2 Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para diabéticos.

Monitoramento e Avaliação

Será monitorada a realização de exame clínico apropriado aos idosos acompanhados na unidade, através da revisão semanal pela enfermeira dos registros: fichas espelhos e prontuário clínico identificando os idosos que não tem exame clinicam apropriados, para posterior busca ativa pelas ACS.

Organização e gestão do serviço

Garantido a busca a idosos que não realizaram exame clínico apropriado, onde o médico da Unidade revisará semanalmente os prontuários em busca dos idosos com exame clínico inadequado que necessitam de agendamento de consulta para avaliação.

Organizar-se-á agenda para acolher os idosos hipertensos e diabéticos provenientes das buscas ativa sendo destinado um proporcional de vagas na agenda para acompanhamento dos idosos hipertensos e diabéticos provenientes das buscas de visitas domiciliares de toda equipe.

Garantido a referência e contra referência de pacientes com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidades, através da criação de vínculo com outras unidades de saúde (referência) do Município para lograr referência e contra referência de pacientes com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidades em pacientes idosos atendidos nas avaliações do projeto.

Engajamento Público

Se informará a comunidade sobre a existência do exame clínico apropriado para todos os idosos na Unidade através do programa de qualificação a saúde do idoso. Promovido orientações gerais, em todos os espaços públicos e domicílios, sobre esta avaliação na atenção ao idoso pela equipe de saúde por meio de folders, cartazes, mídia local bem como pelos profissionais de saúde nos grupos de educação em saúde na comunidade.

Qualificação da prática clínica

Serão definidas atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de idosos hipertensos e ou diabéticos, onde o médico da Unidade realizará capacitação nas reuniões de equipe para todos os profissionais envolvidos no projeto para realizar exame clínico de idosos hipertensos e diabéticos. Para os encontros serão utilizados materiais audiovisuais, bem como cartilhas, folders e protocolo do Ministério da Saúde Cadernos de Atenção Básica Saúde da Pessoa Idosa, 2006.

Meta 2.3 Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.

Monitoramento e Avaliação

O número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais será monitorado de acordo com o protocolo adotado na unidade de saúde, onde semanalmente haverá pesquisa a todos os idosos com monitoramento da pressão arterial e realização HGT (Glicose capilar) nas consultas médicas na Unidade e em atividade de grupo mensal.

Organização e gestão do serviço

A solicitação dos exames complementares será garantida, para a realização desta ação a equipe de enfermagem revisará com periodicidade semanal prontuários e registros a fim de verificar a solicitação de exames complementares aos idosos avaliados.

Da mesma forma, será garantida com o gestor municipal agilidade para realização dos exames complementares definidos no protocolo, onde o médico da

Unidade negociará com o gestor municipal uma cota extra para a solicitação de exames complementares definidos no protocolo aos idosos com agilidade.

Engajamento Público

Informado a comunidade sobre a existência de exames complementares periódicos a idosos hipertensos e diabéticos na Unidade através do programa de qualificação a saúde do idoso, sendo promovidos orientações gerais, em todos os espaços públicos e domicílios, sobre esta disponibilidade na atenção ao idoso pela equipe de saúde por meio de folders, cartazes, mídia local bem como pelos profissionais de saúde nos grupos de educação em saúde na comunidade.

Qualificação da prática clínica

O médico da Unidade realizará capacitação nas reuniões de equipe para todos os profissionais envolvidos no projeto onde foi orientado os idosos hipertensos e diabéticos para a realização de acompanhamento na Unidade e realização dos exames complementares garantido no protocolo. Para os encontros serão utilizados materiais audiovisuais, bem como cartilhas, folders e protocolo do Ministério da Saúde Cadernos de Atenção Básica Saúde da Pessoa Idosa, 2006.

Meta 2.4 Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos idosos.

Monitoramento e Avaliação

O acesso aos medicamentos da farmácia popular/ hiperdia será monitorado através da revisão pelo enfermeira semanalmente os medicamentos da farmácia básica realizando o pedido extra com antecedência afim de não haver falta de medicamentos.

Organização e gestão do serviço

Realizar-se-á controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos. O médico da Unidade realizou capacitação nas reuniões de equipe para a equipe de enfermagem revisar periodicamente o estoque de medicamentos incluindo data de validade de os medicamentos utilizados pelos idosos. Para os encontros serão utilizados materiais audiovisuais, bem como cartilhas, folders e protocolo do Ministério

da Saúde Cadernos de Atenção Básica n 19 Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, 2006.

Engajamento Público

A equipe também será capacitada para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da farmácia popular/hiperdia. Para os encontros serão utilizados materiais audiovisuais, bem como cartilhas, folders e protocolo do Ministério da Saúde, Cadernos de Atenção Básica n 19 Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, 2006.

Qualificação da prática clínica

A equipe de enfermagem será capacitada para manter o registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde. O médico da Unidade realizará capacitação nas reuniões de equipe para a equipe de enfermagem revisar periodicamente o registro da necessidade de medicamentos dos idosos diabéticos e hipertensos. Para os encontros serão utilizados materiais audiovisuais, bem como cartilhas, folders e protocolo do Ministério da Saúde Cadernos de Atenção Básica n 19 Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, 2006.

Meta 2.5 Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. (Estimativa de 8% dos idosos da área).

Monitoramento e Avaliação

O número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados será monitorado, onde os ACS realizaram semanalmente a atualização dos registros de pacientes acamados ou com problema de locomoção, a fim de programar as visitas domiciliares.

Organização e gestão do serviço

Garantido o registro dos idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no programa, através da atualização dos registros semanalmente pela equipe com ajuda de ACS, dos registros de pacientes acamados o com problemas de locomoção identificados nas visitas domiciliares.

Engajamento Público

A equipe também será capacitada para orientar os usuários sobre o cadastramento dos acamados e ou com dificuldades de locomoção, onde será informada a população nos grupos de educação em saúde sobre seus direitos. Para os encontros serão utilizados materiais audiovisuais, bem como cartilhas, folders e protocolo do Ministério da Saúde, Cadernos de Atenção Básica n 19 Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, 2006.

Qualificação da prática clínica

Capacitado a equipe para o cadastramento dos idosos acamados ou com problemas de locomoção de toda área de abrangência, para atingir esta meta a equipe será capacitada para o cadastramento dos idosos acamados ou com problemas de locomoção de toda área de abrangência. Para os encontros serão utilizados materiais audiovisuais, bem como cartilhas, folders e protocolo do Ministério da Saúde Cadernos de Atenção Básica n 19 Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, 2006.

Meta 2.6 Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Monitoramento e Avaliação

Será monitorada a realização de visita domiciliar para idosos acamados ou com problemas de locomoção, onde a enfermeira realizará a avaliação dos registros dos pacientes acamados ou com problemas de locomoção nas reuniões de equipe, organizando o agendamento das visitas domiciliares.

Organização e gestão do serviço

Garantido o registro dos idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no programa com visita domiciliar em dia através da atualização semanalmente pela equipe com ajuda de ACS, dos registros de pacientes acamados o com problemas de locomoção que receberam visitas domiciliares.

Engajamento Público

A equipe também será capacitada para orientar os usuários sobre as visitas domiciliares a acamados e ou com dificuldades de locomoção, onde será informada a população nos grupos de educação em saúde sobre seus direitos. Para os encontros serão utilizados materiais audiovisuais, bem como cartilhas, folders e protocolo do Ministério da Saúde, Cadernos de Atenção Básica n 19 Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, 2006.

Qualificação da prática clínica

O médico capacitará as ACS sobre cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. Para os encontros serão utilizados materiais audiovisuais, bem como cartilhas, folders e protocolo do Ministério da Saúde Cadernos de Atenção Básica n 19 Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, 2006.

Meta 2.7 Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Monitoramento e Avaliação

Monitorado o número de idosos submetidos a rastreamento para HTA, periodicamente (pelo menos anualmente), onde será realizado semanalmente pelas técnicas em enfermagem revisão dos prontuários dos idosos para verificar rastreamento para HTA no ano.

Organização e gestão do serviço

Rastreado 100% dos idosos para hipertensão arterial sistêmica, através do acolhimento dos idosos portadores HAS e rastreado todos os idosos que serão cadastrados e acompanhados na Unidade. Garantido material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde.

Engajamento Público

Informado a comunidade sobre o rastreamento da Hipertensão arterial na Unidade de Saúde através do programa de qualificação a saúde do idoso, onde serão

promovidos orientações gerais, em todos os espaços públicos e domicílios, sobre esta disponibilidade de atendimento na atenção ao idoso pela equipe de saúde por meio de folders, cartazes, mídia local bem como pelos profissionais de saúde nos grupos de educação em saúde na comunidade.

Qualificação da prática clínica

Para esta meta o médico capacitará os profissionais da enfermagem para verificar a pressão arterial de forma criteriosa incluindo uso adequado do manguito. Para os encontros serão utilizados materiais audiovisuais, bem como cartilhas, folders e protocolo do Ministério da Saúde Cadernos de Atenção Básica n 19 Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, 2006.

Meta 2.8 Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial para Diabetes Mellitus (DM).

Monitoramento e Avaliação

O número de idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg submetidos a rastreamento para DM será durante os grupos que aconteceram mensalmente, e nas consultas onde será realizada aferição de pressão arterial, e revisão pelas técnicas em enfermagem dos registros e prontuários identificando os idosos com pressão arterial maior a 135/80 e o rastreamento para DM anualmente.

Organização e gestão do serviço

Será verificada a pressão arterial pela equipe de enfermagem durante a triagem de atendimento a todos os idosos que vieram a Unidade por agendamento de consulta ou por outro motivo e nos grupos de educação em saúde e visitas domiciliares e rastreamento anual pelo médico da DM.

Engajamento Público

A comunidade será informada sobre a realização do hemoglicoteste em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica, para isto serão promovido orientações gerais, em todos os espaços públicos e domicílios, sobre esta disponibilidade de

atendimento na atenção ao idoso pela equipe de saúde por meio de folders, cartazes, mídia local bem como pelos profissionais de saúde nos grupos de educação em saúde na comunidade nas consultas médicas.

Qualificação da prática clínica

O médico capacitará os profissionais da enfermagem para realização do hemoglicoteste em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmhg ou para aqueles com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica. Para os encontros serão utilizados materiais audiovisuais, bem como cartilhas, folders e protocolo do Ministério da Saúde Cadernos de Atenção Básica n 19 Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, 2006.

Meta 2.9 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos.

Monitoramento e Avaliação

Para esta ação semanalmente o médico do ESF junto à equipe de saúde bucal identificará os idosos com necessidade de tratamento odontológico nas consultas médicas, encaminhando para o agendamento que será semanal.

Da mesma forma semanalmente o médico do PSF junto à equipe de saúde bucal revisará os registros odontológicos para verificar número de idosos cadastrados em acompanhamento odontológico e busca ativa dos faltosos.

Organização e gestão do serviço

A agenda será organizada de modo a priorizar o atendimento dos idosos com necessidade de atendimento odontológico em dois turnos semanais, nestes turnos será aproveitado para cadastrar idosos faltosos que vierem a UBS mesmo que por outro motivo. O dentista realizará atendimento prioritário dos idosos, em qualquer um dos dois turnos disponíveis para atendimento odontológico.

Engajamento Público

Informar-se-á comunidade sobre a existência da avaliação de necessidade de consulta odontológica no programa de atenção ao idoso da unidade de saúde. Promover-se-ão orientações gerais, em todos os espaços públicos e domicílios, sobre

esta avaliação pela equipe de saúde por meio de folders, cartazes, mídia local bem como pelos profissionais de saúde na unidade durante os atendimentos.

Qualificação da prática clínica

O médico e odontólogo capacitaram a equipe para realizar avaliação da necessidade de tratamento odontológico em idosos. Para os encontros serão utilizados materiais audiovisuais, bem como cartilhas, folders e protocolo do Ministério da Saúde Cadernos de Atenção Básica n 19 Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, 2006.

Objetivo 3. Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso.

Meta 3.1 Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas.

Monitoramento e Avaliação

A enfermeira e médico do ESF semanalmente realizarão o monitoramento do percentual de idosos com consultas de avaliação, através dos registros em fichas espelhos e prontuários da Unidade. Será anexado um sinal de alerta na ficha espelho a fim de facilitar a identificação e possível busca. Em qualquer situação de atraso o idoso será buscado pelos ACS para possível regularização.

Organização e gestão do serviço

A agenda para acolher os idosos provenientes das buscas nos dias em que estes vierem a UBS será organizada, para isto será disponibilizado em cada turno do dia, um horário para o atendimento dos idosos faltosos, assim como a disponibilidade de um profissional treinado para realizar a avaliação.

Engajamento Público

Informado a comunidade sobre a existência do programa de atenção ao idoso da unidade de saúde, através da promoção de orientações gerais, em todos os espaços públicos e domicílios, sobre a existência do programa de atenção ao idoso pela equipe de saúde por meio de folders, cartazes, mídia local bem como pelos profissionais de saúde na unidade durante os atendimentos.

Qualificação da prática clínica

Os ACS serão capacitados para realização de buscas aos idosos faltosos as consultas, após verificação nas fichas espelho: serão solicitados que os ACS disponibilizem de um turno semanal para a busca ativa dos idosos faltosos. Para aquelas que não compareceram aos atendimentos serão organizadas visitas com os profissionais da equipe de saúde.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1 Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

Monitoramento e Avaliação

A qualidade dos registros dos idosos acompanhados na Unidade de Saúde serão monitorada. O médico e a enfermeira do PSF revisaram semanalmente a qualidade dos registros dos idosos através dos indicadores de qualidade verificados nos gráficos.

Organização e gestão do serviço

Será criada uma agenda semanal especialmente nas reuniões de equipe para que fosse verificada a qualidade dos registros através do monitoramento da intervenção. Portanto, a equipe preencherá corretamente todos os registros necessários para o acompanhamento do atendimento dos idosos.

Engajamento Público

Haverá promoção de orientações gerais, em todos os espaços públicos e domicílios, sobre os direitos do idoso em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso à segunda via se necessário ministrado pela equipe de saúde por meio de folders, cartazes, mídia local bem como pelos profissionais de saúde na unidade durante os atendimentos.

Qualificação da prática clínica

A equipe também será capacitada para realizar o preenchimento de todos os registros necessários para o acompanhamento do atendimento dos idosos. Para os encontros serão utilizados materiais audiovisuais, bem como cartilhas, folders e

protocolo do Ministério da Saúde Cadernos de Atenção Básica n 19 Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, 2006.

Meta 4.2 Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos

Monitoramento e Avaliação

Os registros da caderneta de saúde da pessoa idosa não puderam ser monitorados devido a indisponibilidade desta caderneta na UBS.

Organização e gestão do serviço

Se solicitará ao gestor municipal a disponibilização da caderneta de saúde da pessoa idosa, onde o médico realizará um pedido oficial através de coordenadora da unidade solicitando a caderneta de pessoa idosa em quantidade suficiente para o gestor afim de garantir que não haja falta da caderneta durante a realização do projeto.

Engajamento Público

Se promoverão orientações gerais, em todos os espaços públicos e domicílios, além dos atendimentos individuais a fim de educar os idosos a utilizar a caderneta da saúde dos idosos nos atendimentos para facilitar o acesso aos registros de atendimentos e agravos de sua saúde.

Qualificação da prática clínica

A equipe também será capacitada para realizar o preenchimento adequado da caderneta da pessoa idosa. Para os encontros serão utilizados materiais audiovisuais, bem como cartilhas, folders e protocolo do Ministério da Saúde Cadernos de Atenção Básica n 19 Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, 2006.

Objetivo 5. Mapear os idosos de risco da área de abrangência.

Meta 5.1 Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.

Monitoramento e Avaliação

Monitorado o número de idosos de maior risco de morbimortalidade identificados na área de abrangência, diariamente nas consultas dos idosos será identificado pela equipe os idosos com maior risco de morbidade através da anamnese e do exame físico.

Organização e gestão do serviço

Priorizar-se-á atendimento os idosos de maior risco de mortalidade, para esta meta o médico da Unidade capacitará nas reuniões de equipe os profissionais para identificar idosos com maior risco de mortalidade. Para os encontros serão utilizados materiais audiovisuais, bem como cartilhas, folders e protocolo do Ministério da Saúde Cadernos de Atenção Básica n 19 Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, 2006.

Engajamento Público

Se promoverão orientações gerais, em todos os espaços públicos e domicílios, além dos atendimentos individuais a fim de esclarecer os idosos sobre seu nível de risco e importância de controles mais frequentes, ministrado pela equipe de saúde por meio de folders, cartazes, mídia local bem como pelos profissionais de saúde na unidade durante os atendimentos.

Qualificação da prática clínica

O médico capacitará a equipe para realizar identificação e registro de fatores de risco para mobilidade da pessoa idosa. Para os encontros serão utilizados materiais audiovisuais, bem como cartilhas, folders e protocolo do Ministério da Saúde Cadernos de Atenção Básica n 19 Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, 2006.

Meta 5.2 Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.

Monitoramento e Avaliação

Será monitorado o número de idosos investigados para indicadores de fragilização na velhice, onde semanalmente o médico junto à equipe revisaram os registros identificando o número de idosos investigados para indicadores de fragilização de velhice.

Organização e gestão do serviço

Priorizar-se-á atendimento a idosos identificados com fragilização na velhice, para esta meta o médico da Unidade capacitará nas reuniões de equipe os profissionais para identificar idosos. Para os encontros serão utilizados materiais

audiovisuais, bem como cartilhas, folders e protocolo do Ministério da Saúde Cadernos de Atenção Básica n 19 Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, 2006.

Engajamento Público

Se promoverão orientações gerais, em todos os espaços públicos e domicílios, além dos atendimentos individuais a fim de fornecer orientações gerais através dos grupos de educação em saúde, da equipe e através das visitas de ACS como acessar a atendimentos prioritários, ministrado pela equipe de saúde por meio de folders, cartazes, mídia local bem como pelos profissionais de saúde na unidade durante os atendimentos.

Qualificação da prática clínica

O médico capacitará a equipe para realizar identificação de idosos com fragilização na velhice. Para os encontros serão utilizados materiais audiovisuais, bem como cartilhas, folders e protocolo do Ministério da Saúde Cadernos de Atenção Básica n 19 Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, 2006.

Meta 5.3 Avaliar a rede social de 100% dos idosos.

Monitoramento e Avaliação

A realização de avaliação da rede social em todos os idosos acompanhados na unidade será monitorada semanalmente pelo médico, nas reuniões da equipe sendo realizada revisão dos prontuários médicos e dos relatos dos profissionais afim da avaliação da rede social em todos os idosos atendidos. Desta forma serão monitorados todos os idosos com rede social deficiente, realizando visitas domiciliares mensais dos Agentes Comunitários de Saúde e dos profissionais da Unidade e acionadas o serviço social do município a fim de acompanhar todos os idosos com rede social deficiente.

Organização e gestão do serviço

Será realizado atendimento imediato aos idosos identificados com rede social deficiente, assim como organizado um organograma que oriente os profissionais para

encaminhamentos e ajuda necessária a outros setores se necessário afim de fornecer suporte e orientações a este idoso em risco.

Engajamento Público

Promover-se-á orientações gerais, em todos os espaços e dos estabelecimentos de redes sociais de apoio, a fim de fornecer orientações à comunidade junto às redes sociais de apoio para socialização da pessoa idosa, ministrado pela equipe de saúde por meio de folders, cartazes, mídia local bem como pelos profissionais de saúde na unidade durante os atendimentos.

Qualificação da prática clínica

O médico capacitará a equipe para avaliar a rede social dos idosos, sendo também ser solicitado a Assistência do município um horário para discussão de casos e orientações a equipe. Para os encontros serão utilizados materiais audiovisuais, bem como cartilhas, folders e protocolo do Ministério da Saúde Cadernos de Atenção Básica n 19 Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, 2006.

Objetivo 6. Promover a saúde dos idosos.

Meta 6.1 Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

Monitoramento e Avaliação

Semanalmente o médico revisará os prontuários médicos e planilhas de coleta de dados para verificar a orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis para todos os idosos. O número de idosos com obesidade/desnutrição também serão avaliados. Os técnicos em enfermagem realizaram em todas as consultas avaliações antropométricas de todos os idosos, realizando agendamentos nutricionais dos casos de sobrepeso e baixo peso.

Organização e gestão do serviço

O médico da Unidade realizará capacitação nas reuniões de equipe para os profissionais da equipe a fim de definir o papel dos membros da equipe na orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis. Para os encontros serão utilizados

materiais audiovisuais, bem como cartilhas, folders e protocolo do Ministério da Saúde Cadernos de Atenção Básica n 19 Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, 2006

Engajamento Público

Promovido orientações gerais, em todos os espaços comunitários e no domicílio, a fim de fornecer orientações à comunidade sobre a importância nutricional, ministrado pelo médico da Unidade por meio de folders, cartazes, mídia local bem como pelos profissionais de saúde na unidade durante os atendimentos.

Qualificação da prática clínica

O médico capacitará a equipe para realizar a promoção de hábitos alimentares saudáveis de acordo com os dez passos para alimentação brasileira. Para os encontros serão utilizados materiais audiovisuais, bem como cartilhas, folders e protocolo do Ministério da Saúde Cadernos de Atenção Básica n 19 Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, 2006.

Meta 6.2 Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% idosos.

Monitoramento e Avaliação

Nas atividades em grupos mensais e nos atendimentos na Unidade a médico e demais profissionais da equipe forneceram a orientação de atividade física a todos os idosos. Será monitorado o número de idosos que realizam atividade física regular. O médico da Unidade junto à equipe de saúde realizará verificação dos registros e prontuários para verificar número de idosos com atividade física regular.

As atividades educativas individuais serão monitoradas, semanalmente a médica revisará os prontuários e registros a fim de verificar que todos os idosos participaram das atividades educativas individuais.

Organização e gestão do serviço

O médico da Unidade realizará capacitação nas reuniões de equipe para os profissionais da equipe a fim de definir o papel dos membros da equipe para orientação de atividade física regular para os idosos. Para os encontros serão utilizados materiais audiovisuais, bem como cartilhas, folders e protocolo do Ministério da Saúde Cadernos de Atenção Básica n 19 Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, 2006.

Engajamento Público

Promovido orientações gerais, em todos os espaços comunitários e no domicílio, a fim de orientar à comunidade da importância de realização de atividade física regular pela equipe, por meio de folders, cartazes, mídia local bem como pelos profissionais de saúde na unidade durante os atendimentos

Qualificação da prática clínica

A equipe também será capacitada para orientar os idosos sobre a realização de atividade física regular. Para os encontros serão utilizados materiais audiovisuais, bem como cartilhas, folders e protocolo do Ministério da Saúde Cadernos de Atenção Básica n 19 Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, 2006.

Meta 6.3 Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados.

Monitoramento e Avaliação

O odontólogo da Unidade e ou auxiliar de saúde bucal forneceram orientação sobre higiene bucal e higiene de próteses dentárias a todos os idosos cadastrados no programa de atenção a saúde do idoso na Unidade de Saúde. Será monitorado o número de idosos que receberam esta orientação. O médico da Unidade junto à equipe de saúde realizará verificação dos registros e prontuários para verificar número de idosos com orientações sobre higiene bucal.

Organização e gestão do serviço

O médico e o odontólogo da Unidade realizarão orientação nas reuniões de equipe para os profissionais a fim de definir o papel dos membros da equipe para

orientação de saúde bucal regular para os idosos. Para os encontros serão utilizados materiais audiovisuais, bem como cartilhas, folders e protocolo do Ministério da Saúde Cadernos de Atenção Básica n 19 Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, 2006.

Engajamento Público

Promovido pela equipe orientações em todos os espaços sociais e na comunidade sobre a importância da saúde e tratamento bucal, por meio de folders, cartazes, mídia local bem como pelos profissionais de saúde na unidade durante os atendimentos.

Qualificação da prática clínica

A equipe também será capacitada para realizar orientações de higiene bucal e de próteses dentárias. Para os encontros foram utilizados materiais audiovisuais, bem como cartilhas, folders e protocolo do Ministério da Saúde Cadernos de Atenção Básica n 19 Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, 2006.

2.3.2 Indicadores

Indicadores para monitorar o alcance das metas:

Objetivo 1: Ampliar a cobertura

Meta 1.1: Ampliar a cobertura de idosos para 100%.

Numerador: Número de idosos cadastrados no programa.

Denominador: Número de idosos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade do atendimento.

Meta 2.1: Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial para Diabetes Mellitus (DM).

Numerador: Número de idosos hipertensos rastreados para diabetes mellitus

Denominador: Número de idosos com pressão sustentada maior que 135/80mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica.

Meta 2.2 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos.

Numerador: Número de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de idosos inscritos no programa e residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.3: Realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos.

Numerador: Número de idosos da área de abrangência na UBS com primeira consulta odontológica programática.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 3: Melhorar a adesão ao programa

Meta 3.1. Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas.

Numerador: Número de idosos faltosos às consultas programadas e buscados pela unidade de saúde.

Denominador: Número de idosos faltosos às consultas programadas.

Objetivo 4: Melhorar os registros das informações

Meta 4.1: Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

Numerador: Número de fichas de acompanhamento/espelho com registro atualizado.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa residente na área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 4.2. Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados.

Numerador: Número de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa residente na área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 5: Mapear os idosos com risco

Meta 5.1: Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.

Numerador: Número de pessoas idosas rastreadas para risco de morbimortalidade.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa residente na área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 5.2: Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.

Numerador: Número de idosos investigados quanto à presença de indicadores de fragilização na velhice.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa residente na área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 5.3: Avaliar a rede social de 100% dos idosos.

Numerador: Número de idosos com avaliação de rede social.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa residente na área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 6: promover a saúde dos idosos

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

Numerador: Número de idosos com orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa residente na área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 6.2: Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% idosos.

Numerador: Número de idosos com orientação para prática regular de atividade física.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa residente na área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 6.3: Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados.

Numerador: Número de idosos com orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número total de idosos da área de abrangência cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa de saúde do idoso vamos adotar o manual técnico de atenção à pessoa idosa do Ministério da Saúde Cadernos de Atenção Básica n 19 Envelhecimentos e Saúde da Pessoa Idosa, 2006. Objetivando manter um registro específico, e assim qualificar o monitoramento da ação programática pretende-se utilizar o prontuário da unidade, como neste não há o detalhamento das ações, indicadores necessários ao monitoramento da intervenção será utilizada a ficha espelho fornecida pelo curso para o programa de saúde do idoso. A coleta de informações será realizada nos atendimentos na Unidade relativa a informações referentes aos dados pessoais, avaliação multidimensional rápida da pessoa idosa, consulta clínica para portadores de diabetes e ou hipertensão assim como aferição de pressão, cálculo de IMC, estratificação de risco e orientações nutricionais, atividade física, agendamento para a próxima consulta, medicações de uso contínuo e exames de rotina. Faremos contato com o gestor municipal para dispor de fichas espelhos impressa em quantidade suficiente. Para guiar o cuidado será utilizado o protocolo do Ministério da Saúde cadernos de Atenção Básica n19 Saúde da pessoa Idosa e Envelhecimento, 2006.

Estimamos alcançar com a intervenção 100% das 445 pessoas com mais de 60 anos residentes na área de abrangência da ESF. Será repassado o projeto para os demais profissionais da equipe de saúde para melhor conhecimento das fichas em capacitação realizada pelo médico na reunião de equipe na primeira semana de ambientação. Para o acompanhamento mensal será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados fornecida pelo curso.

O cadastramento dos idosos da área de abrangência será feito pelas agentes de saúde; a enfermeira será a responsável por atualizar as informações. Para isto será necessário o uso de fichas e registros específicos. A atividade de cadastramento será realizada de segunda a sexta nas visitas domiciliares pelas Agentes Comunitárias de Saúde diariamente.

A técnica de enfermagem realizará o acolhimento, foram reservadas quatro fichas diariamente para os idosos que procurem a unidade. As agentes de saúde serão as responsáveis de informar á comunidade sobre a importância dos idosos realizarem acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realizá-lo na unidade de saúde. As ACS organizarão as visitas domiciliares a pacientes acamados ou com dificuldades de locomover-se identificados nas visitas domiciliares feitas diariamente. Foi necessário transporte para a realização das visitas a zonas mais longes como a comunidade indígena que foi coordenada pela enfermeira na secretaria de saúde.

Realizaram-se atividades de capacitação a equipe no acolhimento aos idosos, no atendimento dos idosos de acordo com o protocolo adotado pelo ESF, no preenchimento de todos os registros necessários para o acompanhamento do atendimento aos idosos e na promoção de hábitos alimentares saudáveis; para isto foi utilizado o protocolo adotado, BRASIL, 2006. O médico e enfermeira foram os responsáveis desta atividade. Realizaram-se nas quintas no horário da tarde que coincide com a reunião da equipe no próprio ESF.

A realização de Avaliação Multidimensional Rápida foi realizada pelo médico a todos idosos acompanhados, a indicação de exames periódicos, tratamento médico e pesquisa de doenças crônicas de acordo com o protocolo. Para esta atividade foram necessários materiais adequados como esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica, balança, antropometria, Tabela de Snellen, a mesma será feita no ESF. A enfermeira e técnicos de enfermagem também realizaram pesquisa de hipertensão arterial. As visitas domiciliares a idosos acamados foram realizadas pelo medico, enfermeira, técnico de enfermagem e agentes de saúde uma vez por semana. Também se realizaram busca ativa dos idosos faltosos a consulta pelas agentes de saúde semanalmente.

Foram realizadas atividades educativas com grupos de idosos e com a comunidade no ginásio da área como local. A enfermeira foi a responsável da atividade; os agentes de saúde, médico e técnicos de enfermagem também participaram, esta atividade foi realizada uma vez por mês. A enfermeira também monitorou o cumprimento do acompanhamento aos idosos, sendo necessária revisão de fichas e registros específicos das informação. As agentes comunitárias de saúde realizaram visitas domiciliares em busca de pacientes faltosos uma vez por semana sendo reservadas diariamente quatro fichas de atendimento para estes pacientes e para os que apresentem problemas agudos. A enfermeira realizou o monitoramento

das informações Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa e o médico também revisou estas informações solicitando a caderneta em cada consulta.

Necessita-se de fichas e registros específicos e de cadernetas da pessoa idosa que foram solicitadas ao gestor municipal. O responsável será a enfermeira. As fichas de registros foram realizadas em formato eletrônico.

3 Relatório da Intervenção

Neste item será descrito todo o processo da intervenção, sendo descritas as ações que foram desenvolvidas pela equipe e que contemplaram os quatro eixos temáticos propostos pelo curso, sendo eles: a qualificação da prática clínica, o engajamento público, a organização e gestão do serviço e o monitoramento e avaliação. Também será descrito os aspectos que facilitaram o desenvolvimento das ações e os aspectos dificultadores. É válido ressaltar que a intervenção visava atender a integralidade do cuidado aos idosos pertencentes a área de abrangência da ESF Imigrantes durante o período de 16 semanas que foram reduzidas para 12 em razão das férias do coordenador na intervenção. Todo este processo contou com o apoio do gestor, de todos da equipe, dos idosos, seus familiares e da comunidade.

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Chegando ao término da intervenção com muito entusiasmo pelos resultados alcançados, conclui-se que todos os indicadores e metas pactuada, bem como as ações previstas foram desenvolvidas, mesmo que algumas, não foram realizadas como planejado, mas considerando as possibilidades e condições de trabalho, para a equipe todas as ações foram desenvolvidas.

O primeiro momento foi capacitar à equipe, disponibilizar as planilhas de coleta de dados impresso e realizar a sensibilização da comunidade através do fortalecimento do engajamento público, buscando a parceria de lideranças comunitárias a fim de sensibilizar a comunidade para as ações a serem realizadas, também houve apresentação do projeto nos grupos de educação em saúde para os idosos e suas famílias. A partir daí iniciou-se as intervenções que em certos momentos ocorriam de forma gradual. Todos os profissionais da equipe estiveram envolvidos nas avaliações, através de atendimentos individuais, triagens e controle de sinais vitais, pesagem, avaliação antropométrica, teste de glicose, nas visitas domiciliares, através

de atendimentos coletivos, nas capacitações da equipe. Toda equipe colaborou de alguma forma nas atividades. Houve a capacitação das agentes comunitárias de saúde nas reuniões da Unidade e demais profissionais da equipe, onde foi exposto o trabalho realizado cada dia, dificuldades e as possíveis soluções, assim como o planejamento das ações futuras e tratamento a diferentes temas como realização de HGT, avaliação de risco nos idosos, etc., e estudado o protocolo de Atenção à Saúde do Idoso, onde foi discutido como estaria baseado as ações que seriam desenvolvidas nestas 12 semanas de intervenção, assim como a função de cada profissional na organização e execução da atividades. Os ACS sentiram-se valorizados participando efetivamente do projeto, auxiliando nas visitas domiciliares, orientações aos agendamentos das avaliações na ESF, nos convites para participação dos grupos de educação em saúde na comunidade, convidando os idosos e familiares para participar.

Durante as 12 semanas da intervenção, a equipe da saúde realizou um árduo trabalho com objetivo de cumprir com todas as metas propostas. A Unidade de Saúde conta com um total de 445 idosos cadastrados na ESF, não foi possível atender a todos os idosos pelo curto período de tempo para realizar a intervenção que foi reduzida de 16 semanas de intervenção para 12 semanas em decorrência das férias do coordenador do projeto e alguns feriados no mês de fevereiro e maio. Desta forma, realizaram-se 181 atendimentos clínicos de idosos da área de abrangência, realização de exame clínico, verificação da pressão arterial na última consulta, registro na ficha espelho em dia, avaliação de risco para morbimortalidade, para fragilização na velhice e avaliação da rede social em dia. Também receberam orientação nutricional para hábitos saudável e sobre a prática de atividade física regular.

Em relação aos idosos acamados ou com problemas de locomoção, começamos com o cadastramento de 8 idosos no primeiro mês, o qual aumentou para 10 ao final do terceiro mês. Visitamos a todos os idosos em seu domicílio, aqueles com dificuldades para locomover-se e alguns acamados, também foi possível ter contato com lideranças comunitárias para falar sobre a importância da atenção e a qualidade da saúde dos pacientes idosos, ficamos muito feliz porque foi muito produtiva, demonstraram muito interessados com o projeto. Durante toda a intervenção todos os idosos faltosos as consultas receberam busca ativa pelos ACS atingindo 100% das metas de busca ativa.

A primeira consulta odontológica programática foi realizada a maioria dos idosos, receberam orientações individuais sobre cuidados da saúde bucal. Este é um indicador no qual apresentamos muitas dificuldades por problemas técnicos de alguns instrumentos de trabalho como o compressor e a caneta de alta rotação resultando numa cobertura de atendimento odontológico muito baixo no primeiro mês.

Algumas das atividades previstas no projeto, como visitas domiciliares e capacitações a equipe de saúde, não foram desenvolvidas nas semanas programadas no cronograma sendo afetadas nas datas programadas por atividades de palestras e reuniões convocadas pela secretaria de saúde, mas foram reprogramadas e realizadas nas semanas seguintes.

Os grupos de idosos que foram acessível a toda população já que foram feitos nas diferentes áreas da Unidade para que todos pudessem participar, e sempre foram tratados temas em sua maioria propostos pelos pacientes segundo seu interesse, onde houve a participação de todos os profissionais da equipe, foi oferecido as orientações sobre a prevenção de doenças, como hipertensão arterial, diabetes, além das orientações nutricionais, hábitos de alimentação saudáveis, a não adesão ao uso de tabaco, álcool drogas e a importância da prática de atividade física regular.

Outro ponto positivo do projeto é a criação de vínculo entre os idosos e os profissionais da saúde, fortalecido pelas ações desenvolvidas na comunidade, que refletem aos usuários a preocupação com a qualidade da assistência prestada aos idosos e a família. A partir desta motivação, a florada pelo projeto, a equipe de saúde da família está mais motivada para dar continuidade a intervenção. Toda a equipe esteve sensibilizada para a melhoria do atendimento à Pessoa Idosa.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

A ação programada que não foi desenvolvida diz respeito à distribuição da caderneta da pessoa idosa na área, porque não temos disponível na UBS, nenhum idoso tem este instrumento, sendo que no início da intervenção foi solicitada ao gestor

municipal, mas não tivemos êxito porque o município não tem, assim que haja disponibilidade serão distribuídas.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Houve dificuldades de preenchimento de planilhas na fase inicial em razão da quantidade de informações coletadas, a médica solicitou a ajuda das ACS que apresentam maior conhecimento da população e ajudaram no reconhecimento dos idosos, no grupo com a comunidade. Os demais profissionais também colaboraram na coleta de dados e avaliação das fichas espelhos, avaliação antropométrica, aferição de pressão arterial.

A maior dificuldade foi realmente a digitação dos dados, que foi uma das partes mais trabalhosa das etapas, assim como com relação à coleta e sistematização dos dados, fechamentos das planilhas e cálculos dos indicadores que também foram trabalhosos.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Parabéns a equipe de saúde pelo envolvimento no desenvolvimento da intervenção a qual ficou incorporada a nossa rotina diária o que permitirá dar continuidade a mesma e obter os percentuais de 100% de cobertura na atenção dos idosos assim como melhorar a qualidade de vida deste grupo vulnerável da sociedade. Além de que, acreditamos que a continuidade deste trabalho que foi desenvolvido para qualificar a atenção prestada ao idoso terá uma importância relevante para esta comunidade em razão do aumento significativo de idosos devido ao aumento da expectativa de vida.

4 Avaliação da intervenção

Este capítulo trata dos resultados obtidos no projeto de intervenção no período de 02 de fevereiro de 2015 a 04 de junho de 2015, também descreve a discussão realizada acerca dos benefícios que este trabalho trouxe para a equipe, unidade e comunidade, além do relatório escrito para o gestor e para a comunidade, e que contém tudo o que aconteceu de estruturação na UBS, resultados obtidos, dificuldades e facilidades enfrentadas.

4.1 Resultados

Neste item serão abordados os resultados obtidos ao longo destes três meses de intervenção para cada meta. Serão abordados de forma quantitativa inicialmente sendo descritas as metas e os indicadores e sua evolução no decorrer dos três meses e por fim será realizada uma análise conclusiva de forma qualitativa. É válido ressaltar que durante a intervenção foram trabalhados 6 objetivos com o intuito de qualificar o cuidado ao idoso. Durante a intervenção a UBS possuía um total de 445 idosos adstritos. A partir de agora serão descritos os resultados obtidos para cada objetivo e meta.

O Objetivo 1 de Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso teve as seguintes metas:

A meta 1,1 foi de Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 100%, desta forma teve como indicador o número de idosos cadastrados no programa entre o número de idosos pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde. Obteve-se a seguinte evolução ao longo dos três meses de intervenção observado na figura 1. No 1º mês de um total de 445 idosos,

48 foram cadastrados e acompanhados no programa, representando um percentual de 10,9%; no 2º e 3º mês, foram cadastradas 102 e 181 idosos, representando uma cobertura de 23,1% e 41,0% respectivamente no programa da unidade. É válido destacar que a meta não foi atingida conforme pactuado, isto pelo fato de vários fatores como o curto período de tempo para realizar a intervenção, apenas 12 semanas e as minhas férias no mês de março que reduziu em quatro semanas a intervenção e alguns feriados. No entanto, o indicador foi avaliado positivamente, pois permitiu um grande avanço no acompanhamento, além de que se pretende ampliar esta cobertura gradativamente ao longo dos próximos meses.

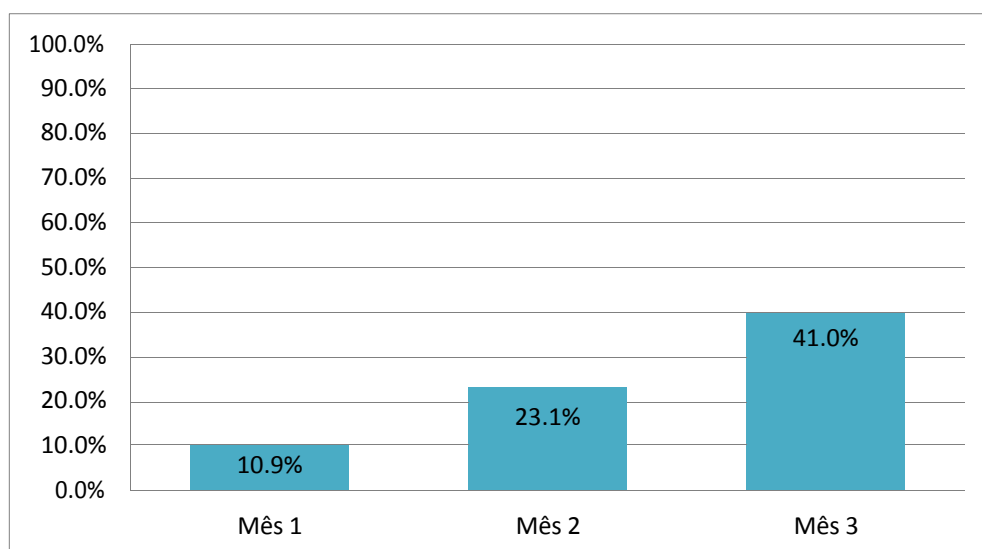


Figura 1: Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde.

A meta 2.1 foi realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde tendo como indicador o número de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia entre o total de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde. No início da intervenção apenas 51 idosos tinham avaliação multidimensional rápida em dia o que representa um 11,4%. Ao longo dos três meses da intervenção teve a seguinte evolução, no mês um dos 48 idosos cadastrados todos foram avaliados, no mês dois dos 102 idosos cadastrados todos foram avaliados e no terceiro mês dos 181 idosos avaliados a mesma foi

realizada aos 100% dos idosos durante as 12 semanas de intervenção. Foi possível atingir a meta devido a organização da função de cada profissional da equipe nas etapas da intervenção.

A meta 2.2 foi realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para diabéticos, tendo como indicador o número de idosos com exame clínico apropriado em dia entre o total de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde. Ao longo dos três meses de intervenção teve a seguinte evolução, no mês um dos 48 idosos cadastrados todos foram avaliados, no mês dois dos 102 idosos cadastrados todos foram avaliados e no terceiro mês dos 181 idosos avaliados o mesmo foi realizado aos 100% dos idosos durante as 12 semanas de intervenção. Este indicador foi cumprido em 100% o que atingiu a meta pactuada para este indicador de qualidade nas consultas durante a intervenção. Sendo este indicador avaliado como positivo, em razão da organização do agendamento semanal e busca ativa pelas ACS dos faltosos as consultas.

A meta 2.3 foi realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos tendo como indicador o número de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia entre o total de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde. Ao longo dos três meses da intervenção teve a seguinte evolução, no mês um dos 34 idosos cadastrados diabéticos e/ou hipertensos todos tiveram solicitação de exames complementares periódicos, no mês dois dos 72 idosos cadastrados todos tiveram solicitação e no terceiro mês dos 120 idosos avaliados o mesmo foi realizado aos 100% dos idosos durante as 12 semanas de intervenção. Este indicador foi cumprido em 100% devido à indicação de exames complementares a todos os idosos com diagnóstico de HAS e/ou Diabetes Mellitus atendidos na consulta pelo médico da Unidade de Saúde.

A meta 2.4 foi priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos idosos tendo como indicador o número de idosos com prescrição da Farmácia Popular entre o total de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde. A seguinte evolução ocorreu nos três meses de intervenção. No mês um cadastrado 48 e com prescrição da Farmácia Popular os 100%, no mês dois cadastrado 102 e com prescrição os 100%, finalizando o mês três

com o cadastro de 181 idosos a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular os 100%, sendo avaliado este indicador como positivo, pois desta forma prioriza-se os medicamentos que são fornecidos gratuitamente pelo município.

A meta 2.5 foi cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção e o indicador foi o número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no programa entre o total de idosos acamados ou com problema de locomoção pertencente à área de abrangência da unidade de saúde. Ao início da intervenção tinham cadastrados 8 idosos na área de abrangência acamados e/ou com problema de locomoção. Obteve-se a seguinte evolução conforme a figura 2. No primeiro mês foi visitado só um idoso para um 12,5%. No segundo mês realizarem-se sete atendimentos para um total de 8 idosos o que representa o 100%. No terceiro mês da intervenção se realizou atendimento a dois idosos acamados pelo que o total foi de 10 idosos durante as 12 semanas da intervenção. Esta captação de dois novos casos foi possível pelas visitas domiciliares realizadas diariamente pelas agentes de saúde à comunidade.

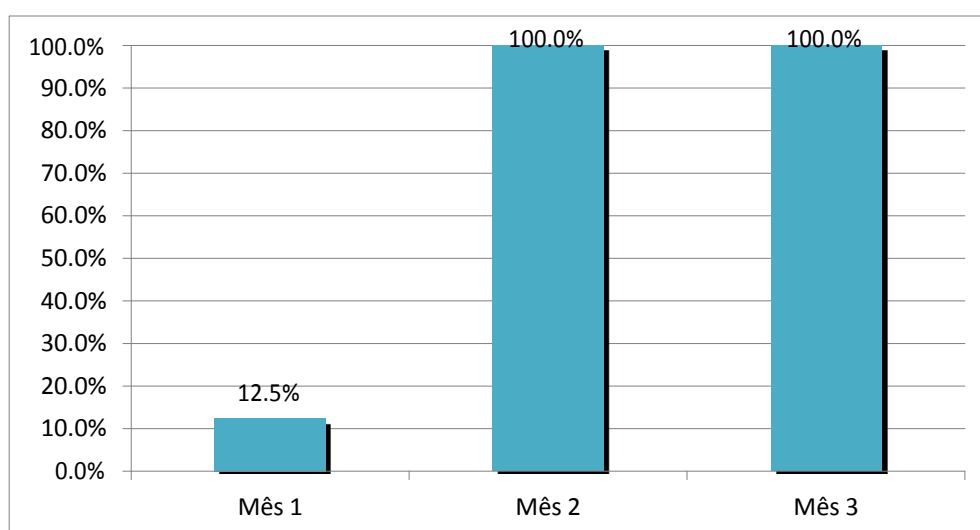


Figura 2: Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados.

A meta 2.6 foi realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção e como indicador o número de idosos acamados ou com problema de locomoção que receberam visita domiciliar entre o total de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde. Houve a seguinte evolução ao longo dos

três meses de intervenção. No mês um foram cadastrados e acompanhados 1 cerca de 100%, no mês dois foram cadastrados e acompanhados 8 cerca de 100% e no mês quatro cadastrado e acompanhado 10 idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados e atendidos pela Unidade de Saúde totalizando 100% de qualidade. Ressalta-se que o indicador foi cumprido, pois a equipe fez atendimento prioritário para os pacientes acamados e com problemas de locomoção e identificados pelos ACS. Além da organização da agenda para realizar visitas domiciliares a idosos acamados ou com problemas de locomoção, orientação a comunidade sobre a disponibilidade de visita domiciliar foi possível que 100% dos pacientes fossem avaliados.

A meta 2.7 foi rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e como indicador tivemos o número de idosos com medida da pressão arterial na última consulta entre o total de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde. A seguinte evolução ocorreu durante os três meses de intervenção. No mês um cadastrados 48 e rastreados os 100%, no mês dois cadastrados 102 e rastreados os 100%, finalizando o mês três com o cadastro de 181 idosos e rastreados os 100%. Este indicador foi cumprido em 100% já que foi garantido todos os instrumentos necessários para a tomada de pressão arterial (esfigmomanômetro) e enfermeira e médico realizaram aferição da pressão em todas as consultas e atividades de grupo.

A meta 2.8 foi rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial e ou Diabetes Mellitus (DM) tendo como indicador a quantidade de idosos hipertensos rastreados para diabetes mellitus entre o total de idosos com pressão sustentada maior que 135/80mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica. No primeiro mês foram atendidos 33 idosos com diagnóstico de Hipertensão arterial sistêmica e 100% foi realizado rastreamento para Diabetes Mellitus. No segundo mês foram atendidos 37 idosos hipertensos realizando-se o rastreamento a 100% deles. No terceiro mês os atendimentos aumentaram para 48 para um total de 118 idosos atendidos durante as 12 semanas da intervenção e todos eles foram realizados rastreamento para Diabetes Mellitus.

A meta 2.9 foi realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos e como indicador tivemos o número de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico entre o total de idosos inscritos no

programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde. Houve a seguinte evolução durante os três meses de evolução. No primeiro mês de 48 idosos cadastrados, 100% receberam avaliação da necessidade de atendimento odontológico, no segundo mês de 102 cadastrados, 100% avaliados, no terceiro mês dos 181 cadastrados, 100% foram avaliados para necessidade de atendimento odontológico. Este indicador foi cumprido em 100% já que a dentista e auxiliar de saúde bucal realizaram treinamento a toda equipe, agendando e dando prioridade às avaliações dos idosos que foram sendo cadastrados.

A meta 2.10 foi realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos tendo como indicador o número de idosos da área de abrangência na UBS com primeira consulta odontológica programática entre o total de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde. Ao início da intervenção tinham 102 idosos com primeira consulta odontológica programática. Durante a intervenção foi realizada a primeira consulta odontológica a 86 idosos o que representa o 47, 2% do total de idosos da área de abrangência. A intervenção teve a seguinte evolução observada na figura 3. No 1º mês de um total de 48 idosos cadastrados, 13 foram atendidos pelo odontólogo, representado um percentual de 27,1%; no 2º e 3º mês, foram cadastrados 43 e 86 idosos, representando uma cobertura de 42,2% e 47,5% respectivamente no programa da unidade. Este indicador esteve afetado pela ruptura de alguns instrumentos odontológicos como o compressor e a caneta de alta rotação pelo que o numero de atendimento em geral diminuo durante este período.

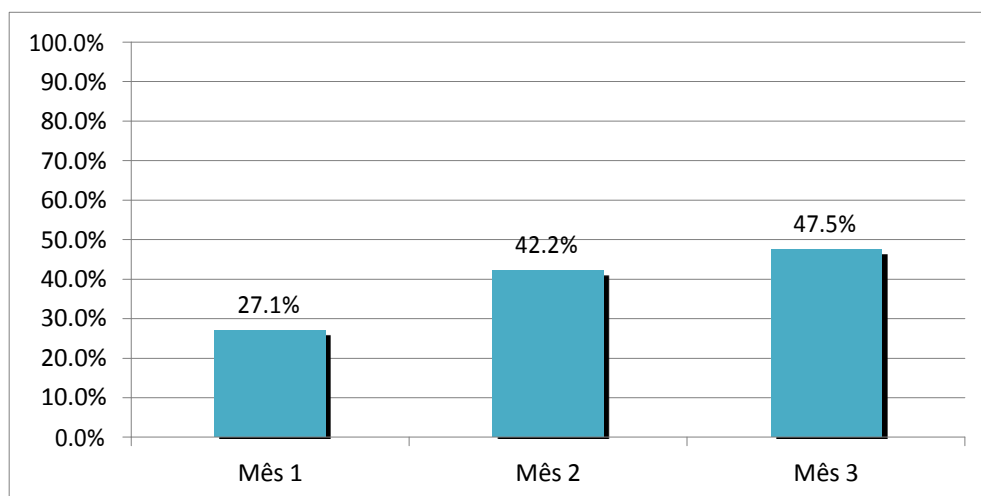


Figura 3: proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática.

Objetivo 3. Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso.

A meta 3.1 foi buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas tendo como indicador o número de idosos faltosos às consultas programadas e buscados pela unidade de saúde entre o total de idosos faltosos às consultas programadas. Durante a intervenção só um idoso faltou a consulta programática no primeiro mês e foi realizada busca ativa sendo que a meta foi cumprida na proporção de 100%, já que foi feito uma busca ativa pelos ACS, e monitoramento de toda a equipe de saúde e também uma organização nas visitas domiciliares para a busca dos faltosos.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

A meta 4.1 foi manter registro específico de 100% das pessoas idosas e como Indicadores têm o número de fichas de acompanhamento/espelho com registro atualizado entre o total de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde. Dos 181 idosos atendidos durante a intervenção, todos tem registro adequado das informações o que representa 100%. A seguinte evolução ocorreu nos três meses de intervenção. No mês um cadastrado 48 e com registro atualizado os 100%, no mês dois cadastrado 102, com registro atualizado os 100%, finalizando o mês três com o cadastro de 181 idosos registro atualizado os 100%. A maior dificuldade estava na qualidade do registro das informações que não era adequada o qual foi melhorado nos idosos atendidos neste período. Este indicador foi cumprido em 100% já que se manteve as informações de SIAB atualizadas pelo médico e enfermeiro, foi implantado a planilha de registros específicos de acompanhamento dos idosos e definido responsável pelo monitoramento dos registros, a enfermeira e o médico.

A meta 4.2 foi distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados tendo como indicador o número de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa entre o total de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde. Ao início da intervenção nenhum idoso da área da abrangência tinha caderneta da pessoa idosa, e durante a intervenção este indicador permaneceu em 0 e terminou a intervenção em 0 já que foi solicitada várias vezes ao gestor municipal mas não tem disponível no município.

Objetivo 5. Mapear os idosos de risco da área de abrangência.

A meta 5.1 foi rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade tendo como indicador o número de idosos rastreados quanto ao risco de morbimortalidade entre o total de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde. O resultado foi de 100% de rastreamento para morbimortalidade dos idosos atendidos ao longo da intervenção. No mês um cadastrado 48 e com rastreio de morbimortalidade os 100%, no mês dois cadastrado 102, com rastreio de morbimortalidade os 100%, finalizando o mês três com o cadastro de 181 idosos e com rastreio de morbimortalidade os 100%. Este indicador foi cumprido em 100%. Foi priorizado o atendimento de idosos de maior risco de mortalidade, orientado aos idosos sobre seu nível de risco e importância do acompanhamento mais frequente e capacitado os profissionais para identificação de risco de morbimortalidade da pessoa idosa.

A meta 5.2 foi investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas e como indicador tivemos o número de idosos investigados quanto à presença de indicadores de fragilização na velhice entre o total de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde. A seguinte evolução ocorreu nos meses de intervenção. No mês um cadastrado 48 e avaliados os 100%, no mês dois cadastrado 102 e avaliados os 100%, finalizando o mês três com o cadastro de 181 idosos e avaliados os 100%. Este indicador cumprido em 100% monitorando-se o número de idosos para indicador de fragilização na velhice e capacitamos os profissionais para identificação dos indicadores de fragilização na velhice.

A meta 5.3 foi avaliar a rede social de 100% dos idosos tendo como indicador o número de idosos com avaliação de rede social entre o total de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde. A seguinte evolução ocorreu nos meses de intervenção. No mês um cadastrado 48 e avaliados os 100%, no mês dois cadastrado 102 e avaliados os 100%, finalizando o mês três com o cadastro de 181 idosos e avaliados os 100%. Este indicador cumprido em 100% monitorando a realização de avaliação da rede social em todos os idosos acompanhados na UBS, facilitando o agendamento e visita domiciliar a idosos com rede social deficiente e capacitando a equipe para avaliar rede social dos idosos.

Objetivo 6. Promover a saúde dos idosos.

A meta 6.1 foi garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas e como indicador tivemos o número de idosos com orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis entre o total de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde. A seguinte evolução ocorreu nos meses de intervenção. No mês um cadastrados 48 e orientados os 100%, no mês dois cadastrados 102 e orientados os 100%, finalizando o mês três com o cadastros de 181 idosos e orientados os 100%. Este indicador foi cumprido a 100%, sendo monitorado a realização de orientação nutricional para hábitos alimentares saudável para todos os idosos, foi definido o papel dos membros da equipe para orientação nutricional, e orientamos a equipe para orientação nutricional para hábitos saudáveis, tanto pelo médico clínico geral, enfermeira e técnicas de enfermagem nas consultas como pelas agentes de saúde nas visitas diárias realizadas aos idosos durante a intervenção.

A meta 6.2 foi garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% dos idosos e como indicador temos o número de idosos com orientação para prática regular de atividade física entre o total de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde. A seguinte evolução ocorreu nos meses de intervenção. No mês um cadastrados 48 e orientados os 100%, no mês dois cadastrados 102 e orientados os 100%, finalizando o mês três com o cadastros de 181 idosos e orientados os 100% para a prática regular de atividade física. Monitoramos a realização de orientação de atividade física regular para todos os idosos. Monitorado o número de idosos que realizam atividade física regular. Definimos o papel dos membros da equipe na orientação para a prática de atividade física regular. Os 100% dos 181 idosos atendidos durante a intervenção receberam orientações sobre prática de atividade física regular por toda a equipe de saúde nas consultas, visitas domiciliares e atividades educativas realizadas com grupos de idosos.

A meta 6.3 foi garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados tendo como indicador o número de idosos com orientação sobre higiene bucal entre o total de idosos da área de abrangência cadastrados na unidade de saúde. Obteve-se a seguinte evolução conforme observado na figura 4. No primeiro mês da intervenção, 27,1% dos idosos receberam orientação individual de cuidados de saúde bucal, isto corresponde a 13 idosos que tiveram a primeira consulta odontológica programática. No segundo mês,

a quantidade aumenta para 56 um percentual de 54,9% e no terceiro mês o número beneficiado passou para 142, representando o 78,5% dos idosos da área de abrangência. Este aumento foi possível porque no segundo mês da intervenção a equipe odontológica realizou uma capacitação para a equipe de saúde sobre cuidado de saúde bucal o que ajudou a aumentar o número de idosos beneficiados.

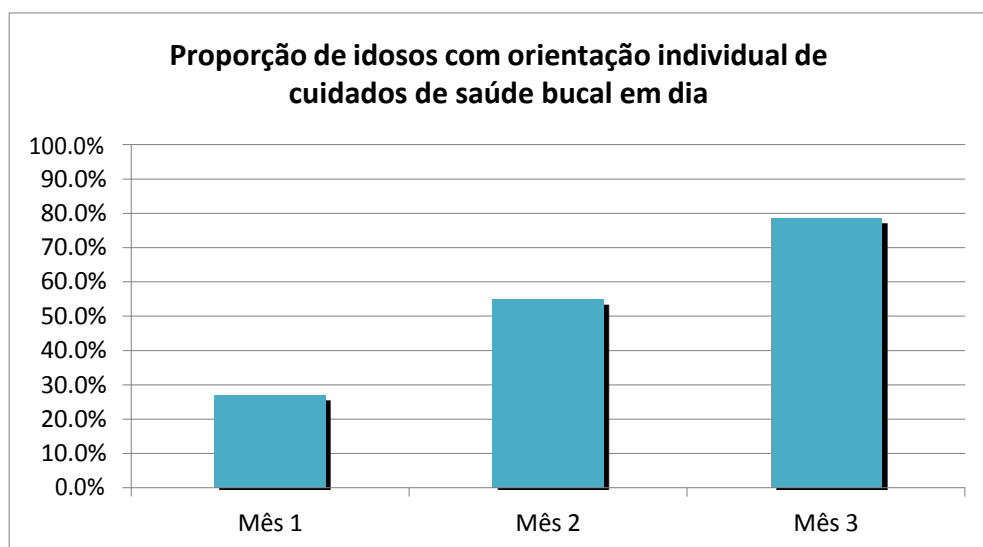


Figura 4. Proporção de idosos com orientação individual de cuidados de sa

4.2 Discussão

Esta intervenção na ESF permitiu um grande avanço no acompanhamento dos idosos, melhorou a qualidade dos registros, a realização de exame clínico apropriado e avaliação multidimensional rápida aos 100% dos pacientes atendidos, assim como maior quantidade de idosos que se beneficiaram das orientações individuais de cuidados de saúde bucal.

Exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas à atenção à saúde da pessoa idosa, rastreamento, diagnóstico, tratamento de doenças crônicas não transmissíveis como Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus pela alta mobilidade que tem nesta faixa etária, realização de visitas domiciliares a idosos acamados e/ou com problemas de locomoção e idosos faltosos a consulta, assim como orientações sobre hábitos alimentares saudáveis, realização de exercícios físicos e cuidados de saúde bucal. Estas atividades promoveram o trabalho integrado do auxiliar administrativo, médico

clínico geral, odontólogo, da enfermeira, das técnicas de enfermagem e consultório odontológico e agentes comunitárias de saúde.

Desta forma ficaram definidas as seguintes atribuições para cada membro da equipe:

Agente comunitário de saúde:

- Acompanhar os demais profissionais da equipe de saúde da família nas atividades e nas ações direcionadas aos idosos.
- Ser articulador da comunidade perante as instâncias de atenção à saúde e também de controle social da saúde e da educação, para sensibilizar a comunidade na busca de respostas aos problemas mais frequentes apresentados pela população idosa;
- Contribuir em atividades de mobilização social na comunidade;
- Exercer as atribuições que lhe são conferidas pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

Técnico de enfermagem:

- Agendamento dos idosos;
- Captação da demanda espontânea;
- Acolhimento dos idosos e seus familiares.
- Realizar a aferição da pressão arterial dos idosos conforme o preconizado neste Caderno de Atenção Básica e encaminhar o resultado ao médico da equipe quando o exame estiver alterado;
- Aferir os dados antropométricos de peso e altura dos idosos e repassar tais informações para o profissional que realiza o acompanhamento do idoso na equipe;
- Exercer as atribuições que lhes são conferidas pela PNAB.

Enfermeiro:

- Realizar consultas de acompanhamento do idoso conforme o preconizado neste Caderno de Atenção Básica;
- Realizar a aferição da pressão arterial dos idosos conforme o preconizado no Caderno de Atenção Básica e encaminhar o resultado ao médico da equipe quando o exame estiver alterado;

- Realizar a aferição dos dados antropométricos de peso e altura e avaliar o IMC dos idosos;
- Exercer as atribuições que lhe são conferidas pela PNAB.

Médico da Saúde da Família

- Realizar a consulta de acompanhamento conforme o preconizado neste Caderno de Atenção Básica e indicar exames complementares quando forem necessários;
- Realizar a aferição da pressão arterial dos idosos conforme o preconizado neste Caderno de Atenção Básica, iniciar a investigação de hipertensão arterial secundária e diabetes e encaminhar os pacientes para o serviço de referência, quando isso for necessário;
- Realizar a avaliação multidimensional rápida, avaliação clínica, fragilidade da velhice, solicitar exames complementares;
- Exercer as atribuições que lhe são conferidas pela PNAB.

Auxiliar de consultório dentário e do técnico em higiene dental:

- Realizar ações de apoio conforme o preconizado neste Caderno de Atenção Básica e no Caderno de Atenção Básica de Saúde Bucal;
- Identificar as necessidades em saúde bucal dos idosos, bem como realizar o tratamento e o monitoramento das condições que exijam intervenção, sob a supervisão do cirurgião-dentista;
- Exercer as atribuições que lhes são conferidas pela PNAB.

Cirurgião-dentista:

- Realizar a avaliação clínica conforme o preconizado neste Caderno de Atenção Básica e no Caderno de Atenção Básica de Saúde Bucal;
- Identificar as necessidades em saúde bucal dos idosos, bem como realizar o tratamento e o monitoramento das condições que exijam intervenção, conforme o preconizado neste Caderno de Atenção Básica e no Caderno de Atenção Básica de Saúde Bucal;
- Exercer as atribuições que lhe são conferidas pela PNAB.

Antes da intervenção as atividades de atenção à saúde do idoso eram concentradas no médico. A intervenção reviu as atribuições da equipe viabilizando a atenção a um maior número de pessoas. A melhoria dos registros e o agendamento dos idosos viabilizou a otimização da agenda para a atenção à demanda espontânea. A classificação dos idosos mediante a avaliação multidimensional rápida tem sido crucial para apoiar a priorização do atendimento dos mesmos.

O impacto da intervenção ainda é pouco percebido pela comunidade. Os idosos demonstraram satisfação com a prioridade no atendimento, porém gera insatisfação na sala de espera entre alguns membros da comunidade que desconhecem o motivo desta priorização.

A intervenção poderia ter sido mais longa, facilitando assim alcançar todos os objetivos propostos como 100% de cobertura na atenção, obter as cadernetas da pessoa idosa e aumentar os percentuais da realização da primeira consulta odontológica programática. Acredito que teremos condições de superar algumas das dificuldades encontradas como, por exemplo, ampliar a cobertura da atenção odontológica e a implantação da caderneta da pessoa idosa isto devido ao bom vínculo que conseguimos estabelecer com a equipe e a comunidade, repassando os dados obtidos ao gestor solicitando apoio.

Conclui-se que a intervenção já faz parte da rotina do serviço, pretendemos ampliar o trabalho de conscientização a toda a comunidade sobre a necessidade de priorização da atenção à saúde dos idosos a fim de aumentar a cobertura na atenção. Também pretendemos implementar o programa de pré-natal na ESF que tem uma cobertura muito baixa.

Percebemos que a falta de algumas informações nos registros prejudicam a avaliação dos indicadores de saúde, pois antes da intervenção estas informações não eram coletadas e muitos dados se perdiam, no entanto, pretendemos estar melhorando este aspecto, já que a partir de agora estas informações fazem parte da rotina da UBS e já estão incluídas na ficha espelho que foi adotada para cadastramento e acompanhamento dos idosos.

5 Relatório da intervenção para gestores

A Estratégia de Saúde da Família do Bairro Imigrante realizou um projeto de intervenção ao longo de três meses iniciou em 02 de fevereiro de 2015 e término em 05 de junho de 2015, que teve como objetivo melhorar a atenção à saúde do idoso diante de uma população que possui baixa cobertura de atenção na Unidade e a elevada incidência de doenças crônicas não transmissíveis nesta faixa etária. Houve várias etapas na qualificação da equipe, sensibilização da comunidade através dos grupos de educação em saúde com a população alvo do projeto e seus familiares, onde se trataram temas de muita importância como alimentação saudável, a prática sistemática de exercícios físicos, fatores de risco para doenças crônicas, uso de medicamentos para tratamento de doenças mentais, saúde bucal entre outros que ajudaram a estes pacientes a evitar novas doenças e manter compensados aquelas doenças já presentes. Houve coleta de dados com agendamentos de avaliações dos idosos e atendimentos da livre demanda idosos que procuravam a Unidade por algum problema de saúde e coleta de dados de prontuários da Unidade. A comunidade contribuiu de forma significativa, os idosos comparecendo quando solicitado e participando dos grupos de orientação. É válido ressaltar que durante esta intervenção a equipe tinha 445 idosos adstritos.

O estudo esteve direcionado para uma meta de cobertura de 100% dos idosos da área, mas a participação foi de 181 pacientes, cadastrados e acompanhados justificado fundamentalmente pelo curto período de tempo para realizar a intervenção, apenas 12 semanas, em decorrência das férias do médico coordenador do projeto de 4 semanas onde foi parado a intervenção, reiniciado após seu retorno. Realizaram-se capacitações à equipe sobre saúde do idoso o qual contribuiu a oferecer um serviço de maior qualidade. Obtivemos resultados de qualidade relevantes com relação à qualidade dos registros, realização de exames físico e complementares, prescrição de medicamentos da farmácia popular e realização de atividades educativas tanto grupais como individuais. Uma das ações propostas era a distribuição da Caderneta de saúde da pessoa idosa, mas não foi possível por não ter no município, desta forma este indicador ficou em zero.

Examinando as avaliações dos idosos a equipe conseguiu atingir uma grande cobertura de idosos residentes na área de abrangência do Bairro Imigrantes. Dos 445 idosos residentes na área de abrangência, 181 foram acompanhados totalizando

41%. Com relação aos idosos acamados, no início da intervenção havia 8 idosos, no terceiro mês da intervenção se realizou atendimento a mais dois idosos acamados, totalizando 10 idosos durante as 12 semanas da intervenção. Esta captação de dois novos casos foi possível pelas visitas domiciliares realizadas diariamente pelas agentes de saúde à comunidade. Todos estes 10 idosos receberam visita domiciliar do médico e de outros profissionais da Unidade. Durante a intervenção foi realizada a primeira consulta odontológica a 86 idosos o que representa um percentual de 47, 5% do total de idosos cadastrados no projeto de intervenção. Este indicador esteve afetado pela ruptura de alguns instrumentos odontológicos como o compressor e a caneta de alta rotação onde houve diminuição do número de atendimento durante este período.

A intervenção fica integrada na rotina diária do ESF, pois acreditamos que em poucos meses fiquem beneficiados deste atendimento 100% dos idosos da área, para tanto precisamos também da ajuda do gestor para obter as Cadernetas da Pessoa Idosa o que contribuiria na melhoria dos registros e da atenção. Também precisamos concertar os equipamentos odontológicos danificados para melhorar o atendimento de saúde bucal destes usuários. Já é sabido que Idosos saudáveis geram menos gastos aos serviços de média e alta complexidade, portanto esta é a reivindicação de nossa equipe para que você gestor possa estar pactuando nossas solicitações tendo em vista dos objetivos alcançados com o projeto numa comunidade que necessita muito do acompanhamento e atendimento qualificado. Também solicitamos apoio para implementação de outros projetos, que tenham os mesmos objetivos de qualificação em outras áreas da saúde como saúde da criança, da mulher, do hipertenso, diabético e que almejem a qualificação dos profissionais e vire rotina na ESF.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Os idosos constituem um grupo vulnerável dentro da sociedade pela alta incidência de doenças tanto transmissíveis como não transmissíveis. Desta decidiu-se realizar um estudo de intervenção para melhorar os indicadores de saúde e com eles a qualidade da vida dos idosos que apresentavam um acompanhamento baixo na Unidade. Durante três meses no ano de 2015 o médico e a equipe de saúde realizaram um projeto para melhorar a Assistência à Saúde do Idoso, na área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família Bairro Imigrantes. Vale ressaltar que dos 445 idosos pertencentes à Unidade 181 foram cadastrados e acompanhados pela equipe, os que não foram cadastrados foram os demais idosos que pelo tempo ter sido reduzido para três meses dificultou a realização deste cuidado a todos os idosos.

Houve num primeiro momento a sensibilização da comunidade através do contato com lideranças comunitárias onde foi repassado a importância do projeto de acompanhamento do idoso que teve como objetivo de melhorar a qualidade de vida através de um acompanhamento regular da equipe de saúde da Unidade. Todos os idosos que procuravam a Unidade de Saúde por algum problema de saúde foram acolhidos, cadastrados e acompanhados, realizados visitas domiciliares diariamente aos idosos da área de abrangência pelas agentes comunitárias de saúde e semanalmente pelo médico, enfermeira, técnica de enfermagem priorizando aos idosos acamados ou com problemas de locomoção e aos idosos que não comparecia a Unidade. As Agentes Comunitárias de Saúde durante as visitas domiciliares cadastravam os idosos e agendavam para que procurassem a Unidade para realizar a avaliação, além de realizar a busca ativa dos idosos que não compareciam as consultas agendadas.

Realizaram-se atividades educativas com grupos de idosos na comunidade onde se trataram temas de muita importância como alimentação saudável, a prática

sistemática de exercícios físicos, fatores de risco para doenças crônicas, uso de medicamentos para tratamento de doenças mentais, entre outros que ajudaram a estes pacientes a evitar novas doenças e manter compensados aquelas doenças já presentes. A todos os pacientes atendidos foi realizado exame clínico completo, solicitação de exames complementares, foram prescritos medicamentos da farmácia popular e 81 idosos receberam atendimento odontológico. Com relação ao tratamento odontológico ficou afetado por alguns problemas referentes às matérias onde houve ruptura de alguns equipo do consultório odontológico e por outro lado pela pouca participação do idoso a estas consultas.

Vale ressaltar que antes da intervenção havia poucos atendimentos odontológicos de idosos registrados, assim como orientações a higiene das próteses dentárias. Com a ajuda de toda a equipe de saúde estamos realizando atividades educativas na comunidade sobre a importância do cuidado da saúde bucal pois acreditamos que a partir da continuidade deste projeto em poucos meses fiquem beneficiados com este serviço 100% dos idosos da área.

Acredita-se que a continuidade deste trabalho que foi desenvolvido para qualificar a atenção prestada à saúde do idoso terá uma importância relevante para a comunidade da área de abrangência do Bairro Imigrantes identificado através das ações de acompanhamento de todos os idosos em qualquer estágio de doença e fragilidade da velhice, mas para que isto continue acontecendo precisamos do apoio de todos vocês, pois sem este apoio não teríamos alcançado todos estes resultados. Além de que, entendemos que apostar no idoso é contribuir para um futuro de idosos saudáveis e por isto estamos aqui hoje contando o trabalho que foi desenvolvido e também agradecendo a colaboração de todos nas ações que foram desenvolvidas.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

O curso de Especialização em Saúde da Família superou minhas expectativas. O mesmo permitiu melhorar meu conhecimento científico e dos demais membros da equipe de saúde o que permitiu oferecer uma atenção de maior qualidade, possibilitou identificar as dificuldades existentes na atenção à comunidade como baixa cobertura e melhorar a qualidade no atendimento que influenciavam de forma negativa na situação de saúde da mesma. A equipe de saúde fica a partir da realização do projeto está mais unida já que o desenvolvimento da intervenção requereu o trabalho em conjunto. Também permitiram ampliar nossos conhecimentos sobre o SUS, suas diretrizes, princípios e desta forma aplicá-la adequadamente na atenção básica.

Pode-se afirmar que as dificuldades enfrentadas no desenvolvimento das tarefas, que exigiam muita dedicação em especial por dificuldades com a língua que exigiam tempo, muito estudo e dedicação foram sendo superadas ao longo do curso. Outro ponto importante que aumenta o aprendizado diz respeito à metodologia de ensino que é estar relacionam-se o desenvolvimento de tarefas teóricas aliadas às práticas do trabalho cotidiano. Penso que estes são os pontos mais relevantes encontrados ao longo do desenvolvimento do projeto em campo. Os resultados também foram provenientes da dedicação e do trabalho em equipe refletido pela sensibilização desta e da comunidade que colaborou na intervenção solicitada.

É importante ressaltar que o curso superou as minhas expectativas pessoais e profissionais aliadas ao belo aprendizado proporcionado durante os estudos clínicos que levavam a busca do conhecimento através da leitura e pesquisa. O raciocínio lógico nas tarefas de estudos de casos, do projeto de pesquisa, planilhas, indicadores,

a pesquisa qualitativa e quantitativa também necessita de muita dedicação ao estudo e compreensão.

Finalizo discorrendo que o projeto de intervenção realizado no curso de pós-graduação é uma ferramenta muito importante para o processo de trabalho na saúde da família, trazendo grandes resultados inerente as práticas profissionais, que trazem grandes resultados e melhoria na qualidade da saúde da população, em especial dos idosos que são ótimos investimentos para reduzir gastos na saúde especializada.

Referências

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Síntese das Informações – Estre – RS. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>, acesso em 05 de setembro 2013.

BRASIL, Ministério da saúde. Pactos pela saúde. Atenção á saúde da pessoa idosa e envelhecimento. V. 12. Brasília, 2010.

BRASIL, Ministério da saúde. Cadernos de atenção básica No. 19. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília, 2006.

PEREIRA, M. G. Epidemiologia, teoria e prática. Serviços de saúde: marco de referência para estudo do tema. Rio de Janeiro: Guanabara - Koogan, 1995.

SAMICO I; FELISBERTO, E; FIGUEIRÓ, A.C.; FRIAS, P.G. Avaliação em Saúde. Bases Conceituais e Operacionais: Atributos da Qualidade em Saúde. Rio de Janeiro: Med Book, 2010.

Apêndices

Apêndice A - Fotografia 1. Visita Domiciliar.



Fotografia 2. Visita Domiciliar.



Apêndice B - Fotografia 3. Atividade com Grupo de Idosos.



Fotografia 4. Atividade com Grupo de Idosos.



Fotografia 5. Atividade com Grupo de Idosos.



Apêndice C- Fotografia 6. Atividade com Grupo de Idosos.



Fotografia 7. Atividade com Grupo de Idosos.



Fotografia 8. Atividade com Grupo de Idosos.



Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Pro^a Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Patricia Abrantes Duval
Patricia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPel

Anexo B- Planilha de coleta de dados

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
Indicadores de Saúde do Idoso - Mês 3											
Dados para coleta	Número do idoso	Nome do idoso	Idade do idoso	O idoso está com a Avaliação Multidimensional Rápida em dia?	O idoso está com exame clínico apropriado em dia?	O idoso é hipertenso e/ou diabético?	O idoso hipertenso e/ou diabético está com solicitação de exames complementares periódicos em dia?	O idoso está com prescrição de medicamentos prioritariamente e pela Farmácia Popular?	O idoso acamado ou com problemas de locomoção está cadastrado?	O idoso acamado ou com problemas de locomoção recebeu visita domiciliar?	O idoso teve a verificação da pressão arterial na última consulta?
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de idosos cadastrados	Nome	Em anos	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
6	223										
7	224										
8	225										
9	226										
0	227		0								
1	228		0								
2	229		0								
3	230		0								
4	231		0								
5	232		0								
6	233		0								
7	234		0								
8	235		0								
9	236		0								
0	237		0								

A	B	C	M	N	O	P	Q	R	S
Indicadores de Saúde do Idoso - Mês 3									
Dados para coleta	Número do idoso	Nome do idoso	O idoso está com pressão sustentada maior que 135/80mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica?	O idoso hipertenso foi rastreado para diabetes?	O idoso foi avaliado quanto à necessidade de atendimento odontológico?	O idoso teve primeira consulta odontológica programática?	O idoso faltou à consulta programada?	O idoso que faltou à consulta recebeu busca ativa?	O idoso está com o registro na ficha espelho em dia?
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de idosos cadastrados	Nome	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
226	223								
227	224								
228	225								
229	226								
230	227		0						
231	228		0						
232	229		0						
233	230		0						
234	231		0						
235	232		0						
236	233		0						
237	234		0						
238	235		0						
239	236		0						
240	237		0						



Especialização em
Saúde da Família
Federal de Pelotas

Anexo C-Ficha espelho

PROGRAMA DE ATENÇÃO A SAÚDE DO IDOSO
FICHA ESPELHO

Data do ingresso no programa ____/____/____ Número do Prontuário:____ Cartão SUS ____
 Nome completo:____ Data de nascimento: ____/____/____
 Endereço:____ Necessita de cuidador? () Sim () Não
 Nome do cuidador _____ Telefones de contato:____/____/____
 Problemas de locomoção? () Sim () Não / É acamado(a)? () Sim () Não / HAS? () Sim () Não / DM? () Sim () Não / Possui a Caderneta da pessoa idosa? () Sim () Não
 Estatura: ____ cm / Perímetro Braquial: ____ cm / Osteoporose? () Sim () Não / Depressão? () Sim () Não / Demência? () Sim () Não Qual?

[illegible][illegible][illegible][illegible]

Anexo D - Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias

Eu, (Escreva seu nome aqui), (coloque sua profissão e número do conselho função aqui) e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão a disposição dos usuários.

Assumo os seguintes compromissos com a pessoa que autorizar a utilização de sua imagem:

1. Não obter vantagem financeira com as fotos e vídeo;
2. Não divulgar imagem em que apareça em situação constrangedora;
3. Não prejudicar e/ou perseguir nenhuma das pessoas que não autorizar o uso das fotos;
4. Destruir as fotos e/ou vídeo no momento que a pessoa desejar não fazer mais parte do banco de dados;
5. Em caso de fotos e/ou vídeo constrangedor, mas fundamental em estudos, preservar a identidade das pessoas envolvidas;
6. Esclarecer toda e qualquer dúvida relacionada ao arquivo de fotos e/ou opiniões.

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____,

Documento _____ declaro que fui devidamente esclarecido sobre o banco de dados (arquivo de fotos e/ou declarações) e autorizo o uso de imagem e/ou declarações minhas e/ou de pessoa sob minha responsabilidade, para fim de pesquisa e/ou divulgação que vise melhorar a qualidade de assistência de saúde à comunidade.

Assinatura do declarante